

# ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo

**SANATORIO SÃO LUCAS**

Instituição para o progresso da Cirurgia

**Director: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO**

**VOL. LX**

**São Paulo, Outubro de 1950**

**N.º 4**

## Sumário:

	Pág.
Úlceras divertículos e tumores da segunda porção do duodeno (diagnóstico diferencial) — Dr. MISURU CENTOLA.....	257
<b>Produção Médica de São Paulo:</b>	
<b>Associação Paulista de Medicina:</b>	
Higiene e Medicina Tropical.....	277
Dermatologia e Sifilografia.....	281
Pediatria.....	282
Anestesiologia.....	285
Neuropsiquiatria.....	288
Medicina.....	290
Radiologia.....	292
Patologia.....	293
Tisiologia.....	294
Ginecologia e Obstetrícia.....	296
Regional de Barretos.....	306
Sociedade Médica São Lucas.....	305
Sociedade Médica do Serviço do Professor Celestino Bourroul.....	308
Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia.....	309
Centro de Estudos do Hospital do Juqueri.....	310
Outras sociedades.....	310
<b>Imprensa Médica de São Paulo:</b>	
Sumário dos últimos números.....	313
<b>Vida Médica de São Paulo:</b>	
Universidade de São Paulo.....	316
Colégio Internacional de Cirurgiões.....	316
Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho.....	317
Escola Paulista de Medicina.....	317
Organização e Administração Hospitalar.....	318
Neurologia: Prof. Ovídio Feres de Campos.....	318
<b>Assuntos de Atualidade:</b>	
Curso posgraduado para médicos.....	320
<b>Congressos Médicos:</b>	
II Congresso Latino-americano de Oto-rino-laringologia.....	321
III Curso Internacional de Administração de Hospitais.....	321
II Jornada Panamericana de Gastrienterologia.....	322
III Curso Cirúrgico de Patologia Digestiva.....	324
XV Curso de Aperfeiçoamento em Oftalmologia.....	324
<b>Literatura Médica:</b>	
Livros recebidos.....	326
Apreciações.....	327
Separata e folhetos recebidos.....	327



*"Torres."*

**CORTOBION**

AMPOLAS OU GOTAS

Suprarrenal + Vita-  
mina C + Cisteina

**CORTOBION QUININA**

AMPOLAS OU DRAGEAS

Suprarrenal + Vita-  
mina C + Cisteina  
+ Quinina

*lembramos*

# VIKASALIL

EM DRÁGEAS ENTERICAS

+++

Anti-Reumatico — Analgésico

+++

Associação de Salicilato de Sódio  
com Piramido

+++

EFEITO MAIS RAPIDO.  
QUALQUER TIPO DE DÔR.

+++

*Fórmula :*

Salicilato de Sódio . 0,50  
Piramido . . . . . 0,10  
Vitamina K . . . . . 0,001  
Bicarb. de Sódio . . 0,03

+++

**LABORATÓRIO PHARMA**

*Marcello, Massara & Cia.*

Rua Tabatinguera, 164 — Fone, 3-7579 — São Paulo

## Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

### TABELA DE PREÇOS PARA ANÚNCIOS

CAPA:		Cr\$
2. <sup>a</sup> pagina da capa (12 × 19 cm.) por vez . . . . .		800,00
3. <sup>a</sup> pagina da capa (12 × 19 cm.) por vez . . . . .		700,00
4. <sup>a</sup> pagina da capa (12 × 19 cm.) por vez . . . . .		1.000,00

TEXTO:		
1 pagina (12 × 19 cm.) por vez . . . . .		800,00
½ pagina (9 × 12 cm.) por vez . . . . .		420,00
¼ pagina (9 × 5,5 cm.) por vez . . . . .		220,00
Encarte por vez . . . . .		800,00

Pagina fixa . . . . . 20% de aumento.



Princípio anti-toxico do fígado  
(Fracção hidrosolúvel)

# ACROSIN

ANTI-TOXICO  
ANTI-NECROTICO  
ANTI-INFECCIOSO

LABORATÓRIO CLIMAX LTDA.

Rua Joaquim Távora, 519 - São Paulo

DRAGEAS

DESENSIBILIZAÇÃO  
AOS CHOQUES

GRANULADOS

# PEPTALMINE

ENXAQUECAS

Fabricada no Brasil com licença especial e sob o controle do  
LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIFIQUES-Paris

URTICARIA

PERTURBAÇÕES DIGESTIVAS

Únicos distribuidores para todo o Brasil  
SOCIEDADE ENILA LTDA.

ESTROPHULOS

Por ASSIMILAÇÃO DEFEITUOSA

Rua Riachuelo, 242 — Rio

PRURIDOS - ECZEMAS

Filial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo



*"O sistema vago-simpático é o verdadeiro mostrador do relógio da vida"*

*Pende*

## NOS DESEQUILÍBRIOS DO SISTEMA VAGO-SIMPÁTICO

# VAGOSIN

Produto de concepção moderna e de composição harmoniosa

Restabelece o equilíbrio vago-simpático porque atua, farmacodinamicamente, segundo a "lei da colaboração dos antagonistas" do sistema nervoso autônomo.

Um comprimido de VAGOSIN contém:

Etilensucinato de fenilmetano e sódio ...	0,20	g
* Brometo de potássio .....	0,059	g
Dialilmaloniluréia .....	0,020	g
Bromidrato de escopolamina .....	0,00005	g
Metilbrometo de homatropina .....	0,0005	g
Excipiente, q. s. p. ....	0,36	g

\* Esta pequena dose de bromo é destinada unicamente à formação do **HORMÔNIO BROMADO** da hipófise média - que é o *hormônio do sono e da calma* (Zondek e Pende) e assegura o teor normal do bromo no sangue (teor fortemente diminuído nas psicoses maníaco-depressivas).

### POSOLOGIA:

Um comprimido, uma a tres vezes por dia.  
Crianças, meio comprimido de cada vez.

Tubos com 20 comprimidos Lic. S. N. F. M. n.º 60 de 18/1/50

**LABORATÓRIO FARMACÊUTICO INTERNACIONAL S. A.**

RUA JAGUARIBE, 649

FONE, 51-2779 — S. PAULO

*Consultores Científicos:*

**PROF. DR. W. BERARDINELLI**

**PROF. DR. LUIZ CAPRIGLIONE**

**Para a HIPERTENSÃO ARTERIAL:**

# **P H Y T O S A L**

Medicamento à base de SULFOCIANATO DE POTASSIO, associado a:

Cratoegus oxiacanta, sedativo e antiespasmodico; Passiflora quad., que reforça a ação do Cratoegus; Extrato de pâncreas desinsulinizado, de reconhecida ação vasodilatadora.

E' a medicação indicada em todos os tipos da Hipertensão, na Arteriosclerose, nas Cardiopatias hipertensivas, nos Acidentes vasculares e cerebrais das Hipertensões.

**VIDRO DE 30 cm<sup>3</sup>.**



**TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E SUAS  
MANIFESTAÇÕES**

## **NOROFILLINA**

(TEOFILINA-ETILENDIAMINA)

**Via endovenosa**

**Via oral**

**Norofillina s/ glicose:**

empôlas de 10 cm.<sup>3</sup>.

24 ctgs. de teofilina-etilendiamina por empola.

**Norofillina c/ glicose:**

empôlas de 10 cm.<sup>3</sup>.

3 empôlas de teofilina-etilendiamina 24 ctgs. cada.

3 empôlas de sôro glicosado hipertônico a 30%.

**Norofillina comprimidos:**

tubos com 20 comprimidos de 0,10, ctgs. de teofilina-etilendiamina.

A Norofillina pode ser usada só ou misturada com sôro glicosado.

---

**Laboratório TERAPICA PAULISTA S/A.**

**RUA OLÍMPIA, 104 — SÃO PAULO**

# ALCALOIDES ATÓXICOS

## GENALCALOIDES

de Polonovski e Nitzberg

### GENATROPINE

Sedativo do vago. Hipercloridria  
- Espasmos Digestivos - Úlceras  
Gastro-Duodenais - Colon Irritável.

### GENESERINE

Sensibilizadora do vago, aumenta  
as contrações e excita as secre-  
ções do trato gastro-intestinal.  
Opõe-se à hiperexcitabilidade do  
simpático.

Síndrome dispeptica hipotônica com  
hipoacidez e dor solar. Neurose  
cardíaca. Palpitações.

### GENOSCOPOLAMINE

Síndrome de Parkinson. Tremo-  
res. Rigidez. Enjôo de mar ou de  
avião.

#### GÓTAS

XX Gôtas - 1 mgr. 10 a 30 gôtas  
3 vezes ao dia.



FABRICADO NO BRASIL COM LICENÇA ESPECIAL DOS LAB. AMIDO - PARIS  
PELOS LABORATORIOS ENILA S. A. - R. RIACHUELO, 242 - C. P. 484 - RIO  
FILIAL: RUA MARQUES DE ITU, 202 - SÃO PAULO

# EXCERPTA MÉDICA

Revista internacional de resumos dos últimos trabalhos publicados na literatura médica mundial.

Publica mensalmente um volume de cada uma das seguintes especialidades:

- |                                            |                                    |
|--------------------------------------------|------------------------------------|
| I — Anatomia, Embriologia e Histologia     | VIII — Neurologia e Psiquiatria    |
| II — Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia | IX — Cirurgia                      |
| III — Endocrinologia                       | X — Obstetricia e Ginecologia      |
| IV — Microbiologia e Higiene               | XI — Oto-rino-laringologia         |
| V — Patologia geral e Anatomia Patológica  | XII — Oftalmologia                 |
| VI — Medicina geral                        | XIII — Dermatologia e Venereologia |
| VII — Pediatria                            | XIV — Radiologia                   |
|                                            | XV — Tuberculose.                  |

Pedidos de assinatura para 111, Kalverstaat — Amsterdam C. — Holanda.

TRATAMENTO ELETIVO DOS ECZEMAS  
E DAS FORMAS EXSUDATIVAS E PRURIGINOSAS DAS MOLÉSTIAS CUTÂNEAS

USO ENDOVENOSO

# ECZEMIL

## INJETÁVEL

Uma ampôla em dias alternados, **(DESSENSIBILIZANTE)**  
até uma ampôla nas 24 horas.

**LABORATÓRIO "LUIZ PEREIRA BARRETTO"**

ARNALDO LOPES  
RUA ALVES GUIMARÃES, 630 — SÃO PAULO  
Indústria Brasileira

O LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A,  
para facilitar a terapêutica com os antibioticos, tão generalizados hoje em dia, apresenta um novo solvente de sua distribuição denominado

# RETENTOL

que, como veículo, apresenta as seguintes vantagens:

1.<sup>a</sup>) Uma ampola de 2c3 dissolve até 500.000 unidades Oxford de penicilina sódica G cristalizada ou meio grama de estreptomicina.

2.<sup>a</sup>) Para praticar a injeção pode ser usada uma agulha de qualquer calibre porque o antibiótico fica **dissolvido** no Retentol e não em suspensão.

3.<sup>a</sup>) Esse veículo torna a injeção intramuscular indolor e a retenção do antibiótico é constatada até 24 horas após sua aplicação (cf. Arquivos de Biologia n.º 298 — 1950).

4.<sup>a</sup>) Retentol, como veículo de ação retardada de baixo preço, proporciona a possibilidade do emprêgo da penicilina sódica G cristalizada, tornando menos dispendiosa a terapêutica com esse antibiótico.

*Atenderemos com solicitude requisições de amostras e literaturas.*



LABORATORIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A.

Rua São Luiz, 161 — SÃO PAULO





# SOROS

## PINHEIROS

*Anti Tetânicos • Anti Difitéricos • Anti Ofídicos*



# ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 - Fone, 3-4198 - Caixa Postal, 1574 - São Paulo, Brasil

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 100,00 — Numero avulso . . . Cr \$ 10,00

VOL. LX

OUTUBRO DE 1950

N.º 4

## Úlceras, divertículos e tumores da 2.<sup>a</sup> porção do duodeno (D<sup>2</sup>). — Diagnóstico diferencial \*

**Dr. Miguel Centola**

Médico-radiologista das Clínicas Especializadas do Departamento Estadual  
da Criança

A 2.<sup>a</sup> porção do duodeno é a sede preferencial dos divertículos essenciais, das úlceras post-bulbares e do cancer duodenal. O diagnóstico diferencial é muitas vezes difícil, senão quando impossível como é o caso da úlcera simples e úlcera neoplásica. Por outro lado a ampola de Vater pode apresentar o aspecto diverticuliforme e simular um divertículo, o que vem complicar ainda mais a questão. A simples enunciação destes fatos mostra como é importante esta região do duodeno, cuja importância é superada somente pelo bulbo duodenal.

### *Dados anatomo-radiológicos da 2.<sup>a</sup> porção do duodeno (D<sup>2</sup>).*

A 2.<sup>a</sup> porção do duodeno é importante pelas relações que tem com a cabeça do pâncreas e com os canais biliares e pancreáticos. Vai do joelho superior ao joelho inferior e situa-se à direita da coluna. É curva, envolvendo a cabeça do pâncreas pela sua face interna que é concava. Na união do 1/3 médio com o superior da concavidade se encontra a ampola de Vater com seu respectivo esfíncter (de Oddi) para desembocadura dos canais pancreáticos e do coledoco. Estes podem se desembocar independentemente não havendo assim ampola (fig. 5).

\* Trabalho apresentado à Sociedade Médica São Lucas em sessão conjunta com o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, em 30 de maio de 1949.

A 2.<sup>a</sup> porção apresenta ao exame radiológico o aspecto em pluma característico devido às pregas circulares (válvulas coniventes ou de Kerkring) que predominam sobre as longitudinais.

Muitas vezes é difícil situar o processo, mas presença de pregas circulares (aspecto em pluma) identifica a 2.<sup>a</sup> porção visto a 1.<sup>a</sup> não possuir pregas circulares mas somente longitudinais.

#### *Técnica de exame.*

A técnica de exame aqui tem grande importância. Como o arco duodenal não se acha todo num mesmo plano, há superposição das várias porções ao exame frontal. O segmento inicial da 2.<sup>a</sup> porção (supra-vateriano) é às vezes encoberto pela 1.<sup>a</sup> e mesmo pelo antro gástrico. Para se evitar isto e obter-se a visualização completa é necessário girar o doente e colocá-lo na oblíqua direita. Também de valor são os decúbitos associados ou não às oblíquas e mesmo a posição de Trendelenburg. Isto porque, pela ação da gravidade, há enchimento dos segmentos estenosados ou irritados onde a passagem do contraste é rápida na posição de pé. Como rotina, o exame cuidadoso de todo o arco duodenal se impõe, principalmente na região peri-vateriana, ainda mesmo que se constate qualquer processo gástrico ou bulbar. O estudo do relevo da mucosa deve ser cuidadoso e minucioso seja durante a radioscopia como das radiografias nas várias incidências. De valor inestimável são as radiografias localizadas com ou sem compressão que nos permitem observar as alterações mínimas da mucosa, de importância capital no diagnóstico diferencial, particularmente para o ca. inicial. Com isto se diagnosticam úlceras extra-bulbares, divertículos ou neoplasmas que vêm explicar muita sintomatologia obscura.

#### *Úlcera post-bulbar de D<sup>2</sup>.*

A úlcera duodenal se localiza comumente no bulbo numa frequência tal que lhe valeu a denominação de "molestia do bulbo". A localização extra-bulbar é rara e o sítio de eleição é a concavidade da 2.<sup>a</sup> porção, na região supra-vateriana. A sintomatologia da úlcera de localização extra-bulbar em nada difere da localização bulbar. Os AA, entretanto, referem maior porcentagem de hemorragias. Desse modo o diagnóstico de localização só é possível pelo exame radiológico.

Os sinais radiológicos da úlcera post-bulbar são os seguintes (fig. 1 e 2):

1. nicho.
2. estenose duodenal acima e abaixo da úlcera com desaparecimento das pregas.

3. incisura duodenal contro-lateral.
4. dilatação duodenal abaixo da zona estenotica.

Esses sinais, em linha geral, são semelhantes aos da ulcera de localização bulbar ou gastrica. A estenose duodenal é o elemento encontrado com maior frequência e de valor inestimavel no diagnostico diferencial. Os demais, inclusive o nicho, podem faltar. Como para as demais localizações da ulcera, o nicho traduz o processo inflamatório, constituindo o sinal direto, patognomônico.



Fig. 1 — Ulcera da 2.ª porção do duodeno (Viviani)  
N - nicho. ST - estenose. S - espasmo

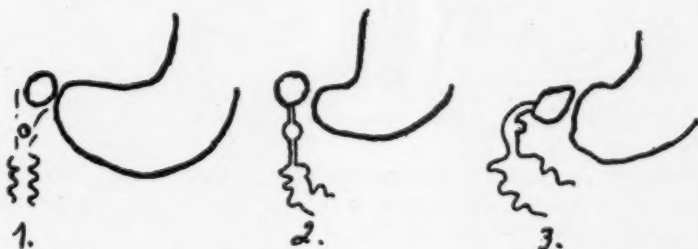


Fig. 2 — Ulcera da 2.ª porção do duodeno (Gutmann).  
1. nicho num halo de duodenite — 2. nicho, "en perle enfilée", num segmento duodenitico pseudo-estenotante. — 3. nicho de perfil num segmento duodenitico pseudo-estenotante.

Entretanto, ao contrario da localização bulbar ou gastrica, a imagem radiologica determinada pelo nicho é passivel de ser confundida com diverticulos, etc. Decorre daí a importancia do diagnostico diferencial que veremos adiante.

#### *Diverticulos essenciais.*

A sede preferencial dos diverticulos do duodeno é a concavidade da 2.ª porção, proximo da ampola de Vater, sendo por isso denominados diverticulos peri-vaterianos. Os diverticulos não complicados são silenciosos, isto é, não determinam sintoma

algum, constituindo simples achado radiológico. Quando complicados (diverticulite), produzem distúrbios e a sintomatologia é a mais variada possível, o que equivale a dizer que não possuem sintomatologia própria. Simulam qualquer afecção gastro-duodenal ou hepato-biliar. O diagnóstico é assim exclusivamente da alçada radiológica. Os grandes divertículos não oferecem dificuldades ao diagnóstico, o mesmo não acontecendo aos pequenos que precisam ser diferenciados da ulcera nesta localização.

O aspecto radiológico do divertículo é o de uma bolsa para-duodenal, em comunicação com este por meio de um pedículo mais ou menos longo que, no entanto, pode faltar (divertículo sessil). A constatação da comunicação da bolsa diverticular com

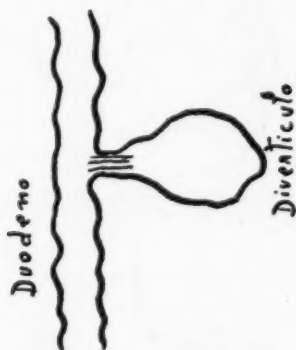


Fig. 3 — Aspecto típico de divertículo (Martinotti).

o duodeno é essencial para identifica-lo como tal, seja pelo enchimento e esvaziamento durante a radioscopia, como pela presença do pedículo na radiografia (fig. 3 e 4).

A persistência da imagem diverticular por horas depois de esvaziado o estômago e duodeno constitui a estase. Quanto ao diagnóstico diferencial veremos adiante.

#### *Tumores da 2.ª porção do duodeno.*

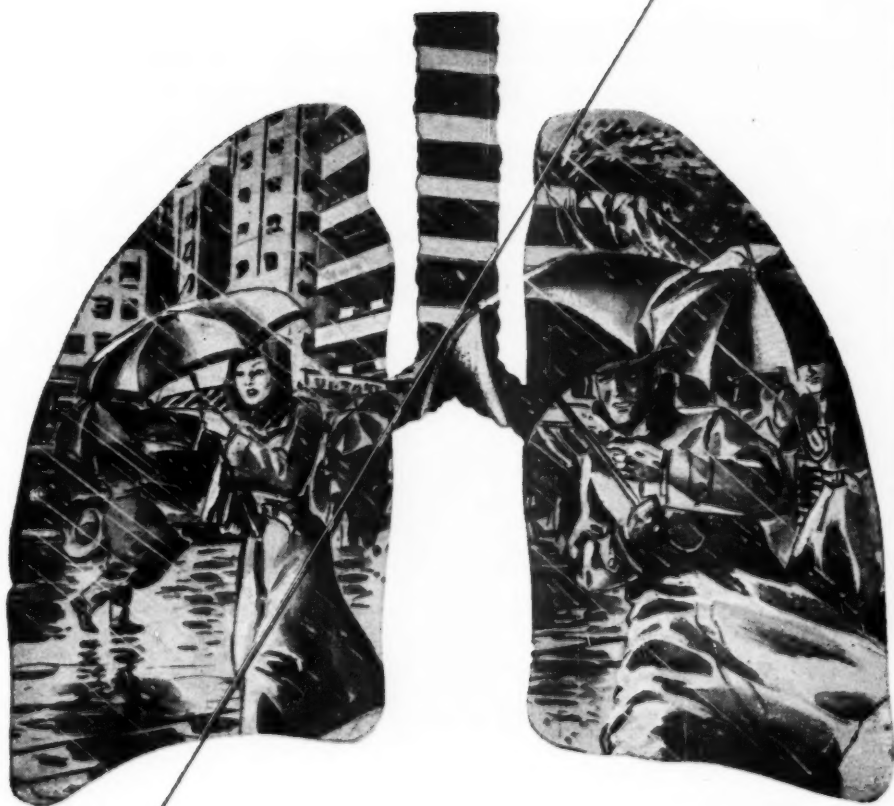
Os tumores primitivos do duodeno são raros e a sede preferencial é a segunda porção.

Quanto à localização dividem-se em supra-papilares, peripapilares, papilares e infra-papilares. Podem ser malignos ou benignos. Os malignos em geral são adenocarcinomas tipo scirrosos.

A sintomatologia dos estados iniciais é escassa. Observam-se dores abdominais dos mais variados tipos e hemorragias maciças. No ca. de localização supra-papilar esta pode se manifestar sob a forma de hematemeses. A pesquisa de sangue oculto nas



# *GRIPE*



# TRANSPULMIN

# TRANSPULMIN

Solução oleosa à 3 % de quinina básica, cânfora e óleos estéreis.



**Para a quininoterapia parenteral e indolor das  
afecções inflamatórias das vias respiratórias :**

Gripe, bronquite aguda e crônica, pneumonia, bronco-  
pneumonia, bronquiectasia, abscesso pulmonar, etc.

## PROFILAXIA DA PNEUMONIA POST-OPERATÓRIA

### APRESENTAÇÃO:

Caixa com 3 ampolas de 1,2 cm<sup>3</sup>

"	"	6	"	"	"
"	"	12	"	"	"
"	"	75	"	"	"
"	"	250	"	"	"



*Farmaco Ltda*

Rua Dom Gerardo, 42 - 2.º  
Telefone 23-2610  
Caixa Postal 3107  
RIO DE JANEIRO

fezes é positiva. Perda de peso, vomitos, ictericia, etc., em geral pertencem aos estadios mais avançados.

O *diagnostico precoce*, que é o que se deseja em se tratando de cancer, é assim da alçada exclusiva da radiologia. Para isto é necessario o exame cuidadoso e minucioso das paredes e do relevo da mucosa duodenal, aqui com redobrado cuidado porque as alterações do ca. inicial são minimas. Os sinais radiologicos dos estadios iniciais são: pequeno defeito de enchimento e alterações da mucosa, tais como irregularidade, torção, interrupção.

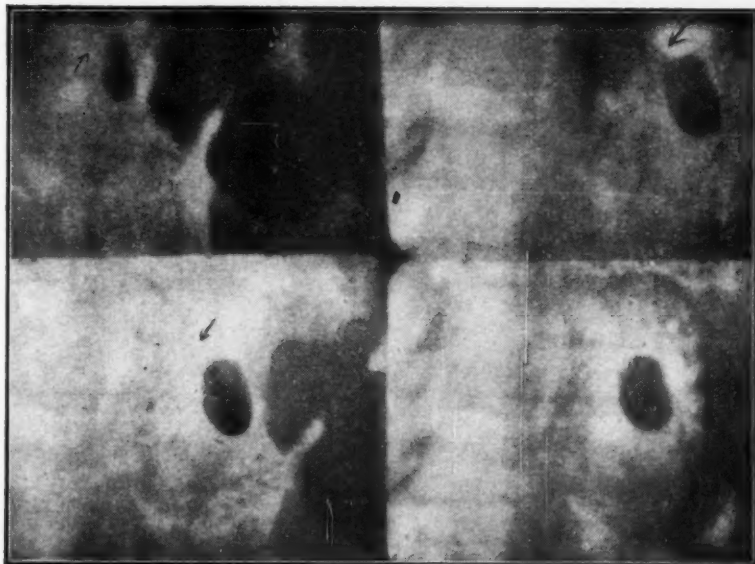


Fig. 4 — Aspecto tipico de diverticulo do duodeno, observando-se pregas da mucosa no pediculo.

As vezes se observa pequena erosão da mucosa (ulcera neoplasica) revelada pelo deposito permanente de contraste. O ca. inicial do duodeno de termina retenção gastrica sem sinais de lesão do estomago e sem obstrução duodenal. Naturalmente a simples retenção não autoriza o diagnostico de ca., mas serve como sinal indireto que nos induz ao exame cuidadoso do relevo da mucosa. A estenose já é dos estadios avançados e foge portanto do ambito das nossas considerações de ca. inicial. As vezes pode não haver sinal radiologico ou, se houver, passar despercebido a um exame superficial visto as lesões do ca. inicial, que é o que nos preocupa no momento, serem minimas.

### *Ampola de Vater visível.*

A ampola de Vater normalmente não se enche de contraste. A própria constituição da papila impede que tal se dê. Em condições anormais, entretanto, o esfinter permanece aberto e o enchimento se dá. A pancreatite é considerada como causa da abertura anormal do esfinter. Outros, pelo contrário, consideram a pancreatite como secundária, devido ao fluxo e refluxo entre os sistemas biliar e pancreático, o que é possível em consequência das relações anatómicas entre as desembocaduras destes sistemas na ampola de Vater. Uma vez cheia, a ampola se esvasia rápido.

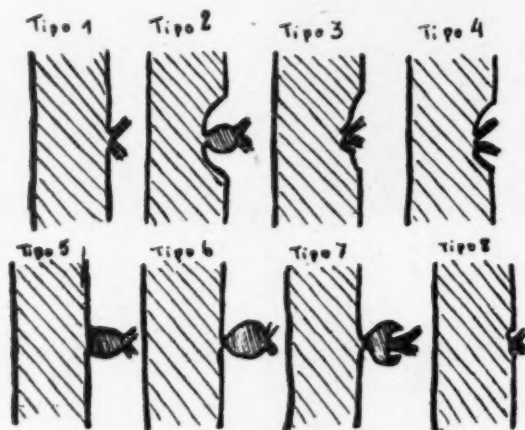


Fig. 5 — Ampola de Vater visível (Gutmann).

Tipo 1 - ausência de carúncula e de ampola. — Tipo 2 - presença de carúncula e de ampola. — Tipo 3 - carúncula pouco desenvolvida, ausência de ampola. — Tipo 4 - carúncula muito desenvolvida, ausência de ampola. — Tipo 5 - presença de ampola de Vater do tipo diverticular. — Tipo 6 - presença de ampola de Vater do tipo diverticular, pediculada. — Tipo 7 - presença de ampola de Vater do tipo diverticular, pediculada e com papila. — Tipo 8 - presença somente da papila.

damente, seja pela contratilidade que lhe é própria, como pelo escoamento dos sucos pancreáticos e biliares. O esvaziamento, embora raramente, pode ser retardado. A ampola pode assumir as mais variadas formas e mesmo ser pediculada, o que a torna semelhante a um divertículo (fig. 5). O diagnóstico é feito pelos seguintes sinais:

1. sede.
2. contratilidade.
3. esvaziamento rápido.
4. forma (fundo bifido — fig. 5).

A diferenciação muitas vezes é difícil e o erro de diagnóstico pode ser fatal. Gutmann cita um caso em que a ampola de Vater foi tomada por um divertículo e a estirpação acarretou a morte do paciente por uma fistula pancreatica.

### *Diagnostico diferencial.*

Os seguintes elementos, quando presentes no todo ou em parte, falam em favor de *divertículo*:

- presença de dobras da mucosa no pedículo ou dentro da bolsa diverticular.
- presença do pedículo, particularmente quando longo, estreito e com dobras da mucosa.
- ausencia de alterações na porção adjacente do duodeno (ausencia de incisuras) (espasmos), de encurtamento segmentario, de alterações do relevo da mucosa, de irritabilidade, etc. As dobras da mucosa do segmento duodenal proximo são normais. Este fato é de importancia para diferenciar das ulceras.
- contrações peristalticas da bolsa diverticular (sinal de Freud).
- contornos regulares e nitidos da bolsa diverticular.
- forma arredondada ou ovoide.
- presença de nível liquido e gás (estase).
- retenção do contraste (estase).
- multiplicidade.
- mobilidade.
- tamanho em geral grande.
- prova terapeutica — a imagem não desaparece após o tratamento, pelo contrario torna-se melhor visivel, maior e com movimentos peristalticos (devido á melhora ou desaparecimento dos fenomenos inflamatórios).

Os seguintes caracteres são proprios da *ulcera*:

- ausencia de pedículo com pregas da mucosa.
- não se contrae.
- tamanho pequeno.
- presença de alterações do segmento duodenal correspondente, tais como, incisuras (espasmos), encurtamento, irritabilidade, alterações do relevo da mucosa, etc. Estas alterações são de natureza inflamatória.
- prova terapêutica — desaparecimento da imagem ulcerosa (nicho) após o tratamento.



O carater principal é o segmento duodenal proximo. Nas ulceras observam-se alterações de natureza inflamatória acima e abaixo do nicho, alterações estas correspondentes aos sinais secundários da ulcera. Estas alterações são rigorosamente segmentárias, terminando pouco acima e abaixo do nicho. O restante de D<sup>2</sup> é normal ou quasi normal, com suas dobras transversais características (aspecto em pluma).

Nos diverticulos tal não se dá, o segmento duodenal vizinho não apresenta alterações apreciáveis, fato este de valor no diagnóstico diferencial. O divertículo inflamado (diverticulite) deveria produzir também alterações no duodeno proximo. Na pratica, entretanto, tal eventualidade não se encontra com facilidade. Gutmann afirma mesmo não ter visto modificações duodenais. As alterações da mucosa diverticular terminam no pedículo. As alterações descritas ocasionadas pelo divertículo são de peri-viscerite não só do duodeno como mesmo a distancia no estomago e mesmo no colon. A certeza é dada pela evolução e terapeutica. Após o tratamento se for ulcera a imagem desaparece por desaparecer o nicho e se for divertículo a imagem, pelo contrario, se torna mais nítida por terem desaparecido os fenomenos inflamatórios e o enchimento se fazer melhor.

A diferenciação da ampola de Vater visível nem sempre é facil. Facil quando alem da ampola houver visualização dos ductos (fundo bifido) ou o enchimento for inconstante e o esvaziamento rapido. Se pelo contrario somente a ampola se encher, o enchimento for constante e persistir por horas, não havendo visualização dos ductos, o diagnostico diferencial é quasi impossivel entre a ampola de Vater visível e o divertículo. A presença ou não de pedículo não constitue sinal decisivo porque a ampola de Vater também pode ser pediculada (fig. 5). A possibilidade da ampola de Vater se tornar visível aos raios-X e portanto de confundir com os diverticulos ou ulcera é rara, mas, apesar desta raridade, deve ser assinalada afim de se evitar possiveis desastres como foi o do caso citado por Gutmann.

Difícil, quasi impossivel, a diferenciação da ulcera neoplásica em que observamos uma formação pseudo-diverticular para-duodenal. E' o segmento duodenal com a mucosa irregular e as paredes rígidas que nos permite suspeitar de afecção neoplásica. A estenose já é dos estadios avançados.

As vezes só encontramos as alterações duodenais sem o correspondente deposito de contraste para-duodenal (nicho ou bolsa diverticular). Aqui estamos diante do fato do não enchimento momentaneo da bolsa diverticular ou do nicho. Este fato não surpreende a quem esteja familiarizado com a radiologia do aparelho digestivo. O nicho da ulcera extra-bulbar, como o de localização bulbar, pode não ser visível:

1. por cura da ulcera, restando somente as deformações cicatrícias secundárias.



**ATROPINASE**

# ATROPINASE

ANTIESPASMÓDICO - ANALGÉSICO - ANTIPIRÉTICO

## FÓRMULAS:

### *Ampôlas*

Sulfato de atropina .....	0,5 mg
Ácido dialilbarbitúrico .....	0,1 g
Cloridrato de papaverina .....	0,04 g
Amidopirina .....	0,2 g
Uretana .....	1,0 g
Água destilada — q. s. p. ....	2 cm <sup>3</sup>

### *Gôtas*

Sulfato de atropina .....	0,25 mg
Ácido dialilbarbitúrico .....	0,05 g
Cloridrato de papaverina .....	0,02 g
Amidopirina .....	0,20 g
Uretana .....	0,50 g
Água destilada — q. s. p. ....	1 cm <sup>3</sup>

### *Comprimidos*

Ácido dialilbarbitúrico .....	0,050 g
Amidopirina .....	0,200 g
Cloridrato de papaverina ...	0,005 g
Sulfato de atropina .....	0,00015 g
Excipiente — q. s. p. ....	0,350 g

### *Indicações*

- 1) Nos estados espasmódicos de u'a maneira geral.
- 2) Nos estados febrís, acompanhados de dôr ou espasmo.
- 3) Nas cólicas menstruais.
- 4) Nas afecções do trato gastro-intestinal, como nas enterocolites agudas e crônicas.
- 5) Nos distúrbios do aparelho genito urinário, como na cólica ureteral e nos distúrbios da bexiga.
- 6) Nas afecções agudas e crônicas das vias biliares.



**PRAVAZ, LABORATÓRIOS S. A.**

**Rua Jandaia 20 - 30 — São Paulo - Brasil**

2. a cavidade ulcerosa está, no momento, ocluída não sendo possível a penetração do bario. Esta oclusão pode ser devida á:
  - a) edema muito intenso ao redor do orificio de entrada do nicho.
  - b) presença no interior do nicho de restos alimentares.
  - c) idem de coagulos sanguinos.
  - d) tecidos de granulação.

A bolsa diverticular tambem pode não ser visível:

- a) por ter se esvasiado rapidamente.
- b) presença de restos alimentares.
- c) edema do orificio de entrada.

Assim, quando nos achamos em face de alterações duodenais somente, temos de decidir entre ulceras, diverticulo, neoplasia ou duodenite simples. Se as alterações duodenais forem do tipo descrito para a ulcera, tais como incisuras (espasmos), encurtamento, irritabilidade, alterações do relevo da mucosa, etc., alterações estas de natureza inflamatória e que correspondem aos sinais indiretos de ulcera, o diagnostico de provavel ulcera deve ser feito embora o nicho não tenha sido visualizado. O diagnostico é de probabilidade visto ser baseado em sinais indiretos. E' claro que a certeza é dada somente pela constatação do nicho que constitue o sinal direto e patognomônico.

Estas alterações duodenais, por outro lado, podem ser encontradas tambem na duodenite simples tornando na pratica impossível o diagnostico diferencial com a ulcera se o nicho não for visualizado. Isto se compreende por ser a duodenite igualmente um processo inflamatório. Assim sendo, pergunta-se, porque fazer o diagnostico de ulcera e não de duodenite? Ora, a duodenite pode ser de varias naturezas. Duodenite simples ou idiopática e duodenite devida a um processo ulceroso local ou á distancia. O processo inflamatório determinado pela ulceração não se limita ao local da ulceração mas se estende a todo o segmento e mesmo á distancia. Se o nicho não for visualizado pelas condições acima mencionadas, temos deante dos olhos somente a duodenite que não constitue o processo primario. Por outro lado as ulceras de localização bulbar por exemplo, podem determinar duodenite da segunda porção do duodeno acompanhadas por vezes de espasmos e diminuição do calibre. "A raridade de tais verificações resulta exclusivamente do fato de um diagnostico já firmado de ulcera bulbar, relegar para segundo plano o estudo da alça duodenal e jejuno" (Paulo de Almeida Toledo). Alem disso ha quem admite que a duodenite preceda e constitua a base da ulcera. Deante destes fatos então, fazemos e aconselhamos fazer o diagnostico de provavel ulcera porque deste modo estamos

mais proximos da realidade. Este diagnostico, embora de probabilidade pois não se constatou o sinal patognomico que é o nicho, levará o clinico a prescrever um tratamento medico para ulcera, tratamento este benefico não só para a ulcera como tambem para a simples e pura duodenite, caso não se trate de ulcera.

Deve-se notar finalmente que o diagnostico de duodenite é um diagnostico provisorio que necessita de sucessivos exames ultteriores para maior precisão diagnostica. A duodenite constitue um problema de diagnostico radiologico quando considerado exclusivamente. O diagnostico de duodenite baseado no aspecto radiologico deve ser feito com circunspeção, diz Buckstein.

O diverticulo em geral não dá alterações duodenais, e consequentemente a não visualização da bolsa diverticular tambem no geral não se presta a confusão com a ulcera ou duodenite. Se a bolsa diverticular não for visualizavel o aspecto do duodeno é praticamente normal.

O ca. determina maior rigidez de parede e alterações da mucosa (interrupção, irregularidade, torção) com ausencia de espasmos, o que denota ausencia de processo inflatorio.

De um modo geral é necessario controles sucessivos nas varias posições e incidencias para se demonstrar a presença do nicho ou da bolsa diverticular que no momento não tenha sido visualizada pelas razões já assinaladas.

De importancia capital é o diagnostico diferencial entre lesão maligna e benigna do duodeno, particularmente para os estadios iniciais do ca. quando a terapeutica cirurgica é de valor. Em se tratando de cancer é o diagnostico precoce que se deseja. A diferenciação é dada pelo estudo do relevo da mucosa e estado das paredes.

*Lesão maligna* — destruição, interrupção das dobras da mucosa. Rigidez das paredes com alterações da motilidade. Ausencia de espasmos.

*Lesão benigna ou extrinseca* — mucosa normal. Motilidade normal, paredes elasticas. Presença de espasmos e de dor á pressão, propria de processos inflatorio.

Outros processos são encontrados em D<sup>2</sup>. A presença de tecidos pancreatico aberrante na parede duodenal dá defeito de enchimento por ser uma protusão na luz duodenal. O carater de lesão benigna é dado pelo aspecto da mucosa que é normal.

O polipo solitario determina defeito de enchimento, mas a mucosa e as paredes são normais.

O cancer da cabeça do pancreas pode invadir a parede duodenal e destruir uma area de mucosa. Se não houver distensão do arco duodenal e nem deslocamento do estomago, simula ca. primitivo do duodeno.



O pancreas anular envolvendo o duodeno determina constrição e obstrução parcial. A diferenciação é feita pelo aspecto da mucosa que é normal.

O cancer do coledoco pode invadir o duodeno e dar o aspecto dos tumores primitivos duodenais.

Na pratica talvez não se apresentem as dificuldades como aí foram expostas do ponto de vista teorico. Mas, dentro desta simplicidade pratica, não poderíamos cair numa falha de diagnostico? Não poderíamos, por exemplo, estar deante de um ca. inicial com sintomatologia e sinais radiologicos escassos que teria sido diagnosticado se tivessemos em mente esta possibilidade?

Passamos a seguir a relatar 2 casos por nós observados. um de ulcera extra-bulbar confirmado pela operação e o outro de diverticulo confirmado pela prova terapeutica. Não tivemos oportunidade de observar nenhum caso de neoplasia duodenal.

S. R. 26 anos, branco, brasileiro, casado, lavrador. (obs. n.º 3.544 da la. Cadeira de Clinica Cirurgica da Fac. de Medicina da Universidade de S. Paulo (Serviço do Prof. Alipio Correia Neto).

*Anamnese:* Q. e D. — Dor na região epigastrica, azia e vomitos, ha 7 meses.

H. P. M. A. — Conta o paciente que ha 7 meses mais ou menos estando a trabalhar, foi acometido por uma dor, como se fosse um peso apertando o epigastrio, de intensidade regular mas continua. Esta dor se projetava nas costas num ponto equivalente ao meio do epigastrio. Ainda a dor, que era de intensidade regular, aumentava ao deitar-se, notando porem o paciente que ela se acalmava e passava as vezes, durante o dia e mesmo durante um ou dois dias, para logo retornar com os mesmos caracteres, sede e intensidade; isto é, dor em forma de peso localizada em toda região epigastrica com projecção dorsal e de regular intensidade. Notava ainda o paciente que se comesse, a dor passava por um espaço de 1 hora a 1 1/2 horas mais ou menos, retornando apos esse tempo.

O paciente nada fazia para acalmar as dores esperando que as mesmas se acalmasse por si, o que se dava em momentos diferentes, nunca a uma mesma hora. Note-se tambem que o paciente não mudava o regime de alimentação, nem o tempo, continuando a comer de tudo e a horas certas. A carne quasi não fazia mal, mas as comidas pesadas como o feijão e angú de fubá agravavam seu estado, daí abolir os mesmos da alimentação (o que entretanto só se deu ultimamente, ha 2 meses mais ou menos). Notara tambem que frutas como banana, laranja, abacaxi e mesmo verduras, etc. aumentavam o estado de azia e nauzeas, mas como quasi não fazia uso das mesmas, não se importava com isso. O paciente as vezes acordava de noite com dores, mas nada fazia para melhorar tornando a se deitar esperando que a dor se acalmasse. Em conclusão, ve-se um tipo de dor irregular e de regular intensidade, isto é, com exacerbações e acalmias durante o dia, mais intensa ao deitar, passando, ás vezes, por um ou dois dias e em relação com a alimentação, com acalmia até de 1 1/2 horas após a ingestão de alimentos.

No tempo em que apareceu a dor o paciente começou a sentir o estomago empachado, isto é, aumentado de volume, peso no estomago e tambem prisão de ventre, passando cerca de 2 a 3 dias sem evacuar. O paciente tinha bom apetite, boa digestão, mas apresentava os periodos de prisão de ventre relatados, findo os quais as fezes se tornavam diarreicas, normalizando-se após, sem nunca ter notado porem alteração de

cor nas mesmas. As fezes eram normais quanto ao volume e consistência, de cor amarela escura ou marrom, mas nunca pretas. Junto com a dor e enpanchamento do estômago, o paciente começou a sentir, desde o começo da molestia atual, ancia de vomito e azia. Eructações ácidas, ora mais fortes e mais intensas, ora mais fracas e menos intensas. A ancia de vomito piorou de 5 meses para cá, sendo o paciente acometido frequentemente de vômitos. O vomito era a princípio constituído dum liquido esbranquiçado, em quantidade regular ( $\frac{1}{2}$  litro), azedo e que se processava 2 horas mais ou menos após as refeições. Posteriormente o paciente vomitava alimentos que "saíam do mesmo jeito que foram comidos", sempre 2 horas mais ou menos após as refeições e em quantidade equivalente á ingerida, com pouco liquido. Durante todo esse tempo de molestia o paciente não se tratou com medico e nada fez para que fossem minoradas suas dores e suas perturbações digestivas. Nada tomou até agora.

**Dia gastrico** — o paciente se levantava ás 5½ horas, tomava café ás 6 e meia hora após começava a sentir dores que iam se exacerbando continuamente, permanecendo com regular intensidade durante o trabalho.

Almoçava ás 9 horas comendo arroz, feijão, pouca carne, farinha, verduras, batatinhas, etc., pouca fruta. Trabalhava até ás 14 horas. Jantar ás 5½ 6 horas da tarde comendo os mesmos alimentos que do almoço.

Após as refeições a dor passava pelo espaço de 1 a 1½ h., retornando a princípio fraca e aumentando depois, chegando ao maximo 2 horas depois.

Deitava-se ás 9 horas. Nessa ocasião as dores atingiam o maximo de intensidade para se acalmarem mais tarde, permitindo-lhe então o sono.

No mês gastrico o paciente relata acalmia das dores de um a dois dias, tendo o maximo sido de 7 dias, isto somente uma vèz. O paciente conservava seus habitos diarios durante todo o ano, não os modificando nem com as estações. Emagreceu com a doença cerca de 3 kgs.

**Interrogatorio sobre os diferentes aparelhos:** Cabeça — nada de anormal. Olhos — idem. Ouvidos — pequena surdez do lado direito. Boca, garganta e nariz — nada de anormal. Torax — nada refere a não ser raros resfriados com tosse e catarro. Abdome — já referido na H. P. M. A. Tem bom apetite mas restringe a alimentação devido á molestia. Prisão de ventre. Aparelho urinario — urina regularmente, de cor e aspecto normais. Aparelho locomotor — nada de anormal.

**Antecedentes pessoais:** Nascido a termo. Das molestias proprias da infancia refere sarampo, catapora tosse comprida, cachumba. Nega passado venereo sífilis tico. Come e dorme bem, fuma cerca de 5 cigarros por dia, não bebe alcool.

**Antecedentes familiares:** Pai vivo gosando boa saude. Mae morta de parto. Casado, sua esposa gosa boa saude. Um filho vivo e outro morto logo após o nascimento. Dos demais colaterais nada refere de particular. Do pai conta que tem frequentemente perturbações digestivas, comendo pouco porque a comida lhe pesa no estomago.

**Exame fisico:** Tipo morfologico — mediolineo. Pulso 84. Respiração — 16. Pressão art. — 12,5 e 7. Temperatura 36,5.

**Exame fisico geral** — individuo de constituição esquelética normal, aparentando a idade que diz ter. Musculatura regularmente desenvolvida, panículo adiposo regular. Pele quente e seca, anexos cutaneos normalmente desenvolvidos. Ausencia de dores osseo.

**Exame fisico especial** — cabeça, nada de anormal. Olhos — musculatura estrinseca normal; reflexos á luz, acomodação e consensual presentes e normais. Ouvidos — nada de anormal. Nariz e garganta —

nada de anormal. Boca — dentes em regular estado de conservação, notando-se algumas falhas e carie. Pescoço — curto e cilíndrico, não deixando ver bem os relevos musculotendinosos. Notam-se batimentos arteriais de ambos os lados da tireoide. Tireoide não palpável. Oliver e Cardarelli ausente. Aorta não palpável na furcula.

Torax — exame estático — torax regularmente conformado deixando ver dificilmente as costelas e respectivos intercotos. Musculatura regularmente desenvolvida, panículo adiposo escasso, pelos em regular quantidade. Hombro esquerdo mais alto que o direito.

Face anterior — clavículas salientes, espaços supra e infra-claviculares escavados, mais à direita. Músculos a mesma altura e mesma distância da linha mediastinal. Ângulo de Louis saliente, Charpy mais ou menos igual a 90°.

Face posterior — coluna mediantemente colocada com convexidade ligeira posterior. Omoplatas deixando ver os relevos ósseos. Nada mais digno de nota.

Exame dinâmico — inspeção — bases e ápices de ambos os hemitorax ampliam-se igualmente. Litter ausentes assim como Lemos Torres.

Palpação — fremito mais intenso à direita que à esquerda; mais na base que no ápice. Percussão — sem claro pulmonar em toda a área. Ausculta — murmúrio vesicular mais audível no ápice e mais intenso à direita. O ápice direito se acha invadido por estertores crepitantes.

Coração — à inspeção vê-se o choque da ponta a um dedo abaixo e 2 para dentro do manilo. Choque difuso ocupando pequena área. Não se notam deformidades precordiais. Palpação — o choque bate no 4.º intercosto esquerdo dentro e para baixo do manilo, à distância assinalada. Ausculta — bulhas lentas, rítmicas, normais no timbre, intensidade e tom. Desdobramento da 1.ª bulha no foco tricúspide e da 2.ª no foco pulmonar. Nada mais digno de nota.

Abdome — abdome plano não deixando ver edema nem circulação colateral. A palpação superficial nada de anormal. A palpação profunda notam-se 2 degraus, um 3 dedos acima do umbigo, outro ao nível do mesmo. Ceco palpável na fossa ilíaca direita, da grossura de um dedo polegar, mole, gargarejante. Sigmoides palpável e da grossura de um dedo polegar, duro, indolor. Fígado não palpável no rebordo costal. A percussão a maciez hepática vai do 4.º ao 6.º espaço intercostal. Baço não palpável. A percussão a área é normal. Percussão do abdome nada revela de anormal.

Ap. genital — nada digno de nota.

Sistema nervoso — reflexos osteotendinosos e cutâneos presentes e normais.

Exames de laboratórios e subsidiários.

Prova de Katsch-Kalk — líquido de jejum (100 cc). Pelo exame microscópico do material após centrifugação encontramos raras células epiteliais, hemácias 1 a 3 por campo. Pesquisa de ácido láctico: negativa. a) M. Barros.

Pesquisa de sangue oculto nas fezes (há 3 dias que não come carne), reação de Weber: positiva a) M. Barros.

Exame hematológico.

globulos vermelhos	4,600,000
"    brancos	12.400
taxa de hemoglobina	11 grs — 73%
valor globular	0,7

## Contagem específica:

— neutrofilos	
mielocitos	0%
metamielocitos	0%
bastonetes	1%
segmentados	80%
— eosinofilos	1%
— basofilos	1%
— linfocitos	8%
— monocitos	9%

Observações — alguns monocitos histioides. Neutrofilia.

a) M. Barros.

Exame de fezes — negativo. a) M. Barros.

*Exame radiológico (fig. 6).*

Estomago de forma, volume, contornos, tonicidade e peritaltismo normais. Mucosa espessada. Píloro permeável.

Bulbo duodenal de distensão completa. O recesso externo de Cole ao invés de apresentar os contornos arredondados é retilíneo e anguloso (reliquat de ulcera? aderencias?). Ausência de depósitos anormais de contraste no bulbo.

O segmento inicial da 2.<sup>a</sup> porção está estreitado e apresenta ao nível da concavidade um depósito permanente de contraste de contornos regulares e nítidos. Dor à pressão. Aspecto normal do restante de D2.

Esvaziamento gástrico em tempo normal.

Úlcera post-bulbar da concavidade da 2.<sup>a</sup> porção do duodeno.

*Operação 2-12-39:* Operador — Prof. A. Correa Neto. Assistentes — Drs. Edgard e Libonati. Anestesia — peridural (novocaina a 2% + adrenalina 50 cc).

Preparação — incisão mediana xifo-umbelical. Aberto o ventre constatou-se a presença de grande cicatriz estrelada localizada na face anterior do bulbo duodenal.

Ligadura dos ramos gástricos da gastro-epiploica entre pinças de Kocher. Ao se proceder o descolamento da 1.<sup>a</sup> porção do duodeno houve abertura da perfuração existente entre a lesão ulcerosa e a cabeça do pâncreas. Conseguiu-se porém isolar o duodeno até nível inferior a ulcera. Os vasos gástricos da direita foram seccionados entre 2 Kocher e em seguida ligados com catgut n.º 2. Secção do duodeno logo a jusante da ulcera. Fechamento do coto duodenal por suturas em 2 planos. Ligadura dos vasos gástricos da esquerda.

Feitura da brecha no mesocolon transversal e passagem da 1.<sup>a</sup> alça jejunal para o andar supra-mesocolico. Sutura do labio esquerdo da brecha mesocolica na face posterior do estomago. Colocação des clamps de abbadie. Anastomose termino-terminal do estomago no jejunum em 2 planos. Sutura do labio direito da brecha mesocolica na face anterior do estomago. Fechamento da parede em 3 planos.

Nota — o fechamento da parede foi muito difícil por já ter terminada a anestesia. Não foi possível praticar um imbricamento perfeito da aponevrose da linha branca.

Post-operatório — sem anormalidade. Alta curado.

*Comentarios:*

Neste caso temos o aspecto radiologico tipico de ulcera post-bulbar confirmado pelo ato operatorio. A alteração do contorno do recesso lateral de Cole era devido a uma cicatriz estrelada, portanto reliquat de ulcera bulbar.



Fig. 6 — Ulcera post-bulbar de D2.~

A. M. 35 anos, casada, brasileira, branca.

Desde moça sofre de perturbações gastricas. Ultimamente tem dores vagas pelo abdome, que, quando se acentuam, localizam-se mais na fossa iliaca direita. Azia frequente, cefaleia, vomitos. A ingestão de alimentos não traz melhoras. Com os alcalinos tem ligeira melhora da azia. Toleram bem qualquer alimento. Sofre de prisão de ventre, tendo descargas diarreicas quando as dores abdominais se acentuam. Fezes de aspecto normal. Seus males se agravam por ocasião das menstruações. Tem feito tratamento medico e tomado tambem remedios por sua conta,





Fig. 7 — Divertículo do duodeno.

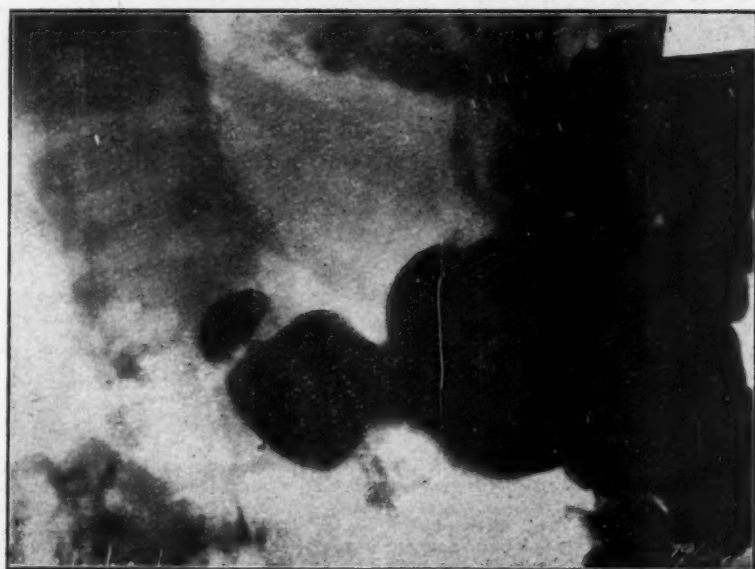


Fig. 8 — Divertículo do duodeno.





Fig. 9 — Divertículo do duodeno (após tratamento médico).

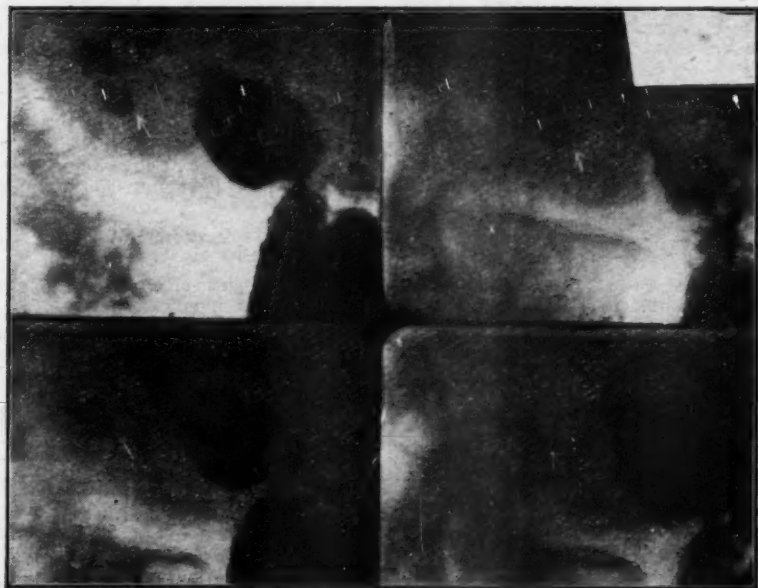


Fig. 10 — Divertículo do duodeno (após tratamento médico).

não obtendo, entretanto, grandes melhoras. Não faz uso de álcool e nem fumo. Tem dois filhos que são fortes. Não refere abortos e nem natimortos.

*Exame do estomago e duodeno* — estomago de forma, volume, contornos e situação normais. Mucosa espessada. Píloro permeável. Bulbo duodenal de morfologia normal, indolor e sem depósito anormal de contraste. Na concavidade da 2.<sup>a</sup> porção, ao nível do 1/3 superior, se observa um depósito de contraste para-duodenal, em comunicação com a luz duodenal, de contornos ondulados e não muito nítidos. Esta imagem permanece visível por cerca de 8 horas após o esvaziamento gástrico. Dor á pressão. Espasmo de toda a 2.<sup>a</sup> porção do duodeno. Esvaziamento gástrico em tempo normal. Divertículo da 2.<sup>a</sup> porção do duodeno. (fig. 7 e 8). O tratamento médico a princípio não trouxe grandes melhoras, o mesmo acontecendo com a retirada do apêndice por ter tido dores localizadas na fossa ilíaca direita. Os controles sucessivos revelaram o mesmo aspecto da imagem diverticular. Após 6 meses de tratamento médico e dietético voltou para novo controle relatando desaparecimento quase completo da sintomatologia referida, estado geral bom e aumento de peso. O exame radiológico revelou estomago e bulbo duodenal de aspecto normal. Imagem diverticular de tamanho maior, contornos mais nítidos e esvaziamento ao mesmo tempo que o estomago (fig. 9 e 10).

*Comentarios:* Este caso vem mostrar o valor da prova terapêutica. Se no início podia haver dúvidas, estas não mais se justificavam após a referida prova. Isto porque, com a melhora ou cura clínica, ao invés de desaparecer a imagem, esta se tornou mais nítida e maior. É que o divertículo não estando mais com as paredes inflamadas, houve melhor contato desta com o bário tornando mais nítidas os contornos da imagem diverticular. Não havendo espasmos houve maior distensão e por isso a imagem diverticular se tornou maior. O contrário seria se se tratasse de uma úlcera pois, com a cura clínica, haveria desaparecimento do nicho e portanto desaparecimento da imagem em questão.

#### BIBLIOGRAFIA

- GUTMANN, R. — Les syndromes douloureux de la region epigastrique T. I p. 168.
- VIVIANI, R. — Contributo alla conoscenza dell'ulcera extrabulbare del duodeno Radiologia medica, junho 1930 p. 698.
- ROSSONI, R. — Contributo casistico allo studio dell'ulcera extrabulbare del duodeno — Radiologia medica, março 1935 p. 225.
- MUCCHI, L. e MARTINET, R. — L'ulcera dell'estremo distale della I porzione del duodeno e l'ulcera duodenale extrabulbare — Radiologia medica, abril 1939 p. 291.
- SEGAL, A. L. e GOLDEN R. — Post bulbar ulcer of the duodenum The Am. jour. of Roentg. and Radium Therapy jan. 1948 p. 90.
- FELDMAN, M. — A roentgenologic consideration of the normal mucosa of Duodenum Radiology, set. 1941 p. 284.
- CENTOLA, MIGUEL — Diverticulos do duodeno (inedito).
- BORMAN, C. N. — Ulcer in the Descending Duodenum The am Jour. of Roentg. and Radium Therapy dez. 1943 p. 752.
- KLINE, J. R. and CULVER, G. J. — Roentgen Findings in Primary Duodenal and Paraduodenal Malignant Lesions The Am. Journ. of Roentg. and Radium Therapy out. 1947 p. 425.

- BIGNAMI, G. — Rilevi sugli aspetti radiologici e sulla frequenza dell'úlcerà extrabulbare del duodeno — Quaderni di Radiologia vol. III, fas. IV, p. 349, 1938.
- IDEM — Nuove osservazione sull'úlcerà extrabulbare del duodeno La Radiologia Medica, agosto, 1937 p. 660.
- BONOMINI, B. — Contributo allo studio radiologico del tumori del duodeno. La Radiologia Medica, agosto 1937, p. 627.
- DOUB, HOWARD — Malignant Tumores of Small Intestine. Radiology, outubro de 1947, p. 440.
- VAN DER REIS, V. — Diagnostico das doenças do pancreas. Gazeta Clinica, jan.-abril de 1948 p. 30 a 38.
- TOLEDO, PAULO DE ALMEIDA — Radiologia clinica do aparelho digestivo, 1948.
- BUCKSTEIN, JACOB — Clinical roentgenology of the alimentary tract, 1940.
- FALLA ALVAREZ, L. e FARIÑAS, P. — Post-bulbar duodenal ulcers. Gastroenterology, janeiro 1947 p. 1.

## Estudos Cirúrgicos

Dr. Eurico Branco Ribeiro

5 VOLUMES PUBLICADOS

Preço: Cr\$100,00 cada volume

Pedidos ao autor: Caixa Postal 1574 - São Paulo

INDUSTRIA INGLEZA:

## PENICILINA GLAXO

Sal Sódico

Ampolas de 100.000 — 200.000 — 500.000 — 1.000.000

Unidades Internacionais.

Ação retardada com o emprego de solução aquosa em doses maciças. Imediata ação bactericida, conservando o nível penicilínico bacteriostático até 24 horas.

## ESTREPTOMICINA GLAXO

Frasco contendo o equivalente de 1 grama (1 milhão de unidades "S") de estreptomicina básica.

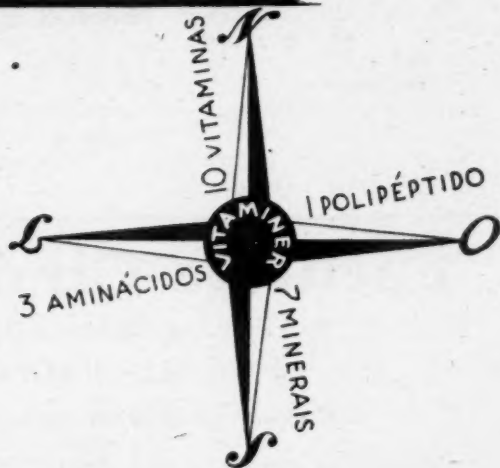
Produtos de

GLAXO LABORATORIES LTD., Greenford, Inglaterra.

Representantes: LABORATÓRIOS GLAXO (BRASIL) S. A.

Caixa Postal: Rio, 2755 — São Paulo, 3757 — Pôrto Alegre, 1297 — Curitiba, 593 — Bahia, 887 — Recife, 1080.

# VITAMINER



De insuperável e elevada potência polivitamínica, o VITAMINER apresenta a vantagem de reunir, perfeitamente separados em camadas superpostas, 10 vitaminas, 7 minerais, 3 aminácidos e 1 polipéptido numa única drágea.



*SSS*

— a marca de confiança —

## PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

## Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL,  
em 4 de abril de 1950

Presidente: Dr. Firmino de Oliveira Lima

**Envenenamentos produzidos pelos inseticidas fosforados em operários rurais empregados no combate às pragas do algodão (nota prévia).** — Dr. Nelson Planet. — Para o combate ao "curuquerê", no ano em curso, generalizou-se o emprêgo de inseticidas fosforados e clorados, a ponto de substituir quase completamente o uso dos arseniados; ao seu alto poder inseticida e aos excelentes resultados obtidos com o seu emprêgo deve-se, sem dúvida, tal substituição. Na prática, porém, do ponto de vista higiênico, tal substituição resultou em grave desastre, pois de seu uso resultaram acidentes de envenenamento que, a par de frequentes, foram particularmente graves. Nosso inquérito abrange os municípios de São Miguel e Piracicaba e uma zona da Alta Sorocabana, compreendida entre Ou-

rinhos e Presidente Prudente. Como plano de trabalho sistemático estabelecemos o seguinte esquema: inquérito junto aos colegas médicos radicados naqueles municípios e juntos às propriedades rurais onde os acidentes se verificaram. Em nosso inquérito retrospectivo anotamos 96 casos, dos quais 58 graves, com 73 mortes. Em todos os casos, com exceção de um único, o inseticida responsável pertencia ao grupo dos inseticidas fosforados (Rhodiatox, 92 casos; Telatox, 3). O único caso exceção foi por um inseticida clorado e o envenenamento foi classificado como leve. Os 95 restantes apresentaram alto coeficiente de acidentes graves, com elevada percentagem de mortes. Dos 58 casos incluídos como graves, muitos foram gravíssimos; dos 37 casos considerados leves, a maioria necessitou de as-



Laboratório de HORMOTHERAPIA

Aché

ESCRITÓRIO EM S. PAULO — TEL.: 4-6462  
Rua Xavier de Toledo, 84-4.**Hormotiroidino Masculino**Soro Hormônico Masculino ativado com  
extratos de tireóide**Hormotiroidino Feminino**Soro Hormônico Feminino ativado com  
extratos de tireóide

Indicado na obesidade simples, no linfatismo, adenoidismo, no reumatismo crônico



sistência médica. O quadro sistêmico habitual nestes acidentes é semelhante ao produzido pelas drogas colinérgicas e que atuam sobre o sistema parassimpático. O envenenamento sobrevém rapidamente, sem sintomas precursores e tem tendência para produzir quadros muito graves. A causa da morte, via de regra, é o edema agudo do pulmão, que sobrevém poucas horas após o aparecimento dos primeiros sintomas. A atropina, ou outras drogas semelhantes, deverão ter papel importante na terapêutica de tais acidentes. Nos casos observados, no entanto, tal medicação não foi utilizada, devido principalmente ao desconhecimento do mecanismo de ação das substâncias ativas que integram os referidos inseticidas. Medidas especiais de proteção ao trabalhador agrícola urge serem tomadas pelos poderes competentes, pois que tais compostos fosforados oferecem, nas condições habituais de seu emprego, risco excepcional aos seus manejadores.

**Comentários** — Dr. José Lima Pedreira: A comunicação do Dr. Nelson Planet reveste importância ainda maior porque, além do seu emprego em agricultura, os inseticidas fosforados vêm sendo usados, ao lado daqueles clorados, no combate aos tritomídeos transmissores de moléstia de Chagas. Em trabalho levado a efeito no município de Cajuru, obtive, com um preparado desse tipo (Rhodiatox) usado na concentração de 20 g por m<sup>2</sup> de parede, acentuada mortalidade de triatomídeos em casas infestadas; a ação da droga se fez sentir até 60 dias depois de aplicada, pois matou, decorrido este prazo, todos os insetos que foram postos em contacto com as paredes polvilhadas. O expurgo foi feito em cerca de 60 casas e os 3 indivíduos encarregados do serviço não acusaram qualquer sinal de intoxicação. Por outro lado, recentemente soube por um colega de Combará, no Norte do Paraná, Dr. Luís Vilela de Andrade, que somente aí foram atendidos, nestes últimos meses, 9 casos de intoxicação

por inseticidas fosforados, 2 deles tendo sido fatais.

Dr. Mauro Pereira Barreto: Em adição aos comentários do Dr. José Lima Pedreira de Freitas, resalto a importância que estes acidentes têm assumido ultimamente. O "O Estado de São Paulo" noticiou a respeito de 229 casos atendidos por um único hospital de São Paulo, sem mencionar, todavia, a natureza dos inseticidas. Eu mesmo, por duas vezes, senti perturbações digestivas e visuais, sudorese, etc., após manipulação do Rhodiatox.

**Epidemiologia das rickettsioses no Estado de São Paulo.** — Dr. Humberto Pascale. — O autor, após considerar a magnitude médico-social do problema das rickettsioses, passa a tecer comentários sobre o seu histórico. Mau grado as características comuns que apresentam, a classificação das rickettsioses é tarefa complexa e difícil, merecendo especial resalto a tentativa de Megaw no sentido de ordenar a matéria. Pinkerton e Zinsser, ulteriormente, consideraram três grupos: a) tifos transmitidos por piolhos e pulgas; b) febre maculosa transmitida por diversos ixodídeos; c) tsutsugamishi ou "scrub typhus", transmitidas por trombiculas. Procedendo à análise retrospectiva dos registros de óbito do Interior do Estado de São Paulo, o autor verificou que, a partir de 1905, já eram firmados atestados de óbito por tifo exantemático. Dêsse tema sugestivo decorreu uma série de pesquisas de campo contidas no seu trabalho. E' de notar que tais achados antecedem ao caso de 1929, que marcou o início dos estudos da doença em São Paulo, e que a distribuição dos casos de febre maculosa registrados ulteriormente apresentam correspondência topográfica com a anterior distribuição de óbitos pelo Estado.

Os pesquisadores já assentaram que existem reservatórios provados de vírus, bem como depositários transitórios, favoráveis e desfavoráveis ao aumento da virulência das rickettsias, tendo o autor apresen-



# BRONCHISAN "SILBE"

Comprimidos Anti-Asmáticos

4

agentes anti-espasmódicos com elevada ação:

EFEDRINA

TEOFILINA

BENZILFTALATO DE CALCIO

AMIDOPIRINA

É o medicamento por excelência, pela via *ORAL*, contra a *ASMA* porque

*Interrompe os ataques dentro de poucos minutos.*

*Aborta, sem excepção, os ataques no seu início.*

*Reduz a susceptibilidade pela desensibilização.*

ACONDICIONAMENTO EM VIDRO DE 20 COMPRIMIDOS

---

## LEUKOTROPIN

Fenilcinconinato de hexametilentetramina

REUMATISMOS E ESTADOS INFLAMATORIOS E INFECCIOSOS

ACONDICIONAMENTO EM CAIXAS DE { 2 AMPOLAS DE 10 cm<sup>3</sup>  
5 " " 10 cm<sup>3</sup>  
5 " " 5 cm<sup>3</sup>

PARA USO INTRAMUSCULAR E ENDOVENOSO

---

## LEUKOSALYL

Fenilcinconinato de hexametilentetramina

Cafelina — Salicilato de sodio

ARTRITE DEFORMANTE — CIÁTICA

ACONDICIONAMENTO EM CAIXA DE 5 AMPOLAS DE 10 cc. PARA USO ENDOVENOSO

*Fabricante :*

Silbe H. O. — Amsterdam — Holanda

*Distribuidores :*

**REMEDIA**

CAIXA POSTAL, 3127

SÃO PAULO

tado um quadro elaborado por Travassos sobre esse assunto. A distribuição geográfica dos focos de febre maculosa em São Paulo evidencia sua ampla disseminação por cerca de 40 municípios. O foco de Loreto, a seis quilômetros da cidade de Araras, cidade vizinha de Limeira, onde, já em 1939, se havia constituído o foco de Tatu, por onde se estende o Hórto Florestal da Cia. Paulista de Estradas de Ferro, foi estudado com o apuro que merecia, já pelo alto índice de letalidade, já pela rápida evolução do mal. Cinco ordens de providências foram postas em jogo: a) imediata remoção dos animais, bem como matança de cães num raio de um a dois quilômetros; b) baleação carrapaticida de todos os animais de grande talhe removidos ou em trânsito pelas imediações; c) isolamento e assistência médica aos doentes; d) imediata vacinação específica dos residentes num raio de dois quilômetros; e) queima das pastagens circunjacentes, bem como de vegetação arbustiva. Procedeu-se, além disso, à demolição das casas de pau a pique, queimando-se, a seguir a área por elas ocupada.

De todas as providências, a mais difícil e penosa foi a queima da vegetação; embora tendo sido experimentados todos os artifícios, não foram obtidos resultados satisfatórios em razão da existência de casas embutidas no Hórto e do alto grau de umidade da vegetação, o que acarretou, mau grado as reiteradas tentativas, a persistência, em muitos lugares, dos carrapatos vetores. Quanto à vacinação específica, podemos considerá-la satisfatória, já pela diminuição da intensidade do surto após sua aplicação, já pela falibilidade, como vimos, de outras medidas subsidiárias, já pelo fato de não terem adoecido, a seguir, as mulheres e crianças que, via de regra, permanecem nos domicílios, para onde são facilmente carregadas as larvas dos ixodídeos, quer pelos animais domésticos, quer pelo próprio homem. Casos de contágio em pessoas vacinadas, mesmo com três doses, explicam-se pela enorme

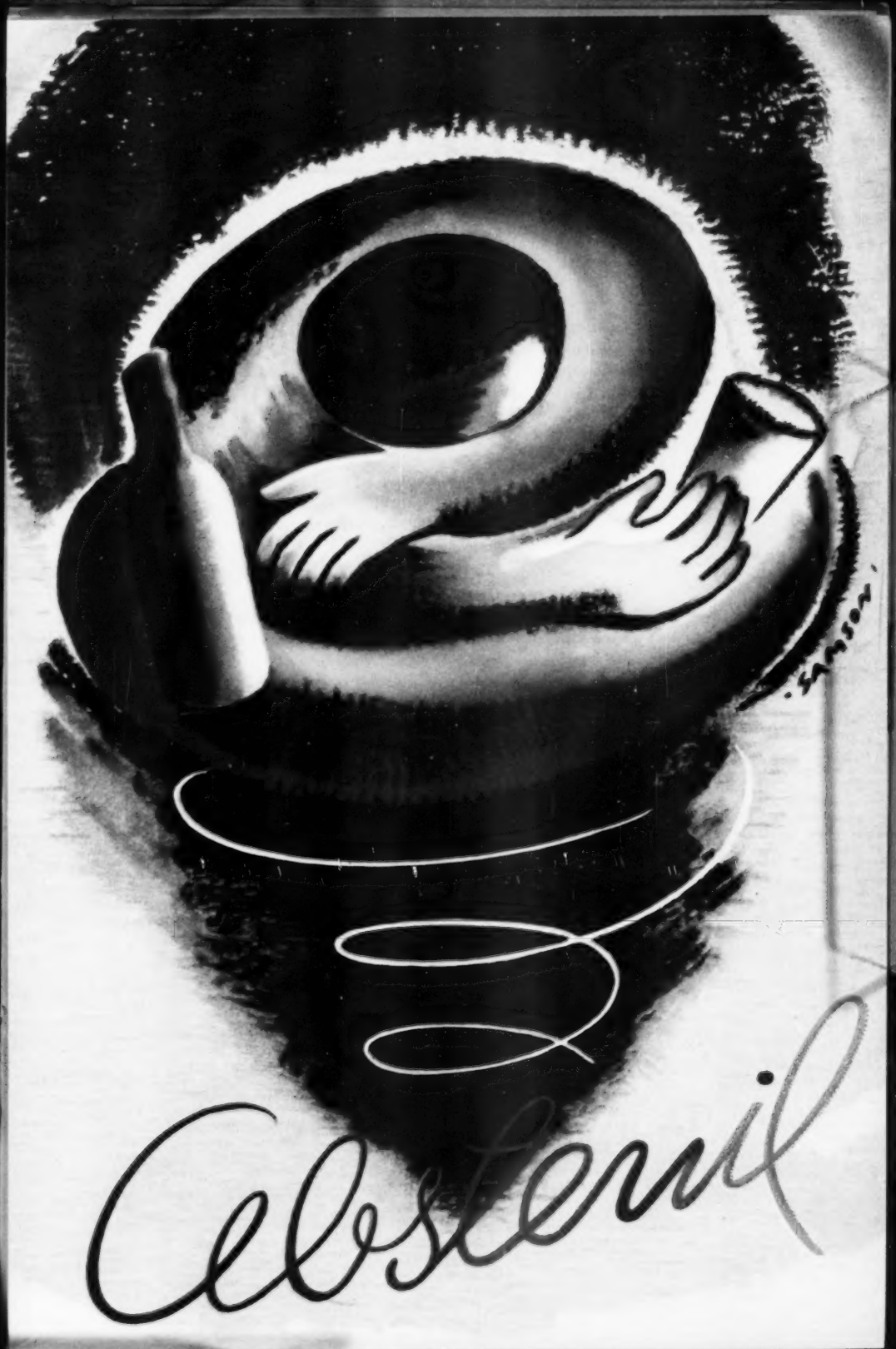
carga de vírus a suportar num ambiente denso de vetores infectados. O autor, a seguir, apreciou sumariamente a porfiada tarefa dos desquisadores, a partir de Nicolle e Conseil, na vã tentativa, por decênios, de topar o recurso específico que permitisse, decidida e decisivamente, liquidar a febre maculosa ainda no nascedouro. Recorda as experiências de Lemos Monteiro e os consagrados nomes de Rocha Lima e Travassos. Feriu-se, também, às promessas do ácido para-amino-benzoico, a par do clássico tratamento higiênico-dietético e tonicardíaco para, depois, expor a grande conquista dos dias atuais no tratamento da febre maculosa, a cloromicetina. Terminou o autor admitindo que a descoberta da cloromicetina, se as promessas se cumprirem integralmente, virá fazer tábuas rasas da cópia de conhecimentos tão trabalhosa-mente acumulados por todos os recantos do mundo científico.

Comentários — Mauro Pereira Barreto: Pergunto se os achados do dr. Travassos a respeito do encontro da "Amblyonum cooperi" naturalmente infectado, já foram publicados ou se são inéditos.

Prof. Samuel B. Pessoa: Pergunto qual o estado atual do antigo foco do Sumaré e quais as notícias sobre o emprêgo do DDT como carrapaticida.

Dr. Humberto Pascale: Respondo ao Dr. Mauro Pereira Barreto, declarando serem dados inéditos os achados do Dr. Travassos sobre o "A. cooperi"; e ao Prof. Samuel B. Pessoa, afirmando o atual desaparecimento do foco do Sumaré; quanto ao emprêgo do DDT como carrapaticida, não me consta que tal tenha sido realizado.

Dr. José de Toledo Piza: Quanto aos reservatórios de vírus, considero de importância os animais de pequeno porte, por serem esses os que estão em maior contacto com o número de casos, donde a maior incidência da moléstia no período hibernar. Quanto à vacinação, é de ação satisfatória, apresentando no nosso meio resul-



# ABSTENIL

(COMPRIMIDOS)

## *Fórmula:*

Di-sulfeto de bis (di-etil-tiocarbaminila) ..	0,40 g
Vitamina B <sub>1</sub> (clor. de tiamina) .....	0,01 g
Nicotinamida .....	0,02 g
Excipiente — q. s. p. ....	0,54 g

## *Indicações:*

No combate ao etilismo crônico

### ATENÇÃO SRS. CLÍNICOS:

Todo tratamento deve ser precedido de um minucioso exame clínico afim de se afastar a coexistência de uma afecção cardíaca. O ABSTENIL não deve também ser usado em indivíduos intensamente desnutridos e em mau estado geral.



**PRAVAZ, LABORATÓRIOS S. A.**

**Rua Jandaia 20 - 30 — São Paulo - Brasil**

tados melhores do que nos Estados Unidos da América do Norte.

**Notas sobre um inquérito coprológico efetuado em pacientes internados no Hospital de Santa Isabel (Salvador, Bahia).** — Drs. José de Oliveira Coutinho e Dr. A. Silvany Filho. — Verificaram os autores, em 500 paciente hospitalizados, a prevalência da esquistossomose na Bahia, pela pesquisa de ovos nas fezes; a taxa de infestação foi de 49,8% para a Capital e 52,30% para o Interior. O teste alérgico, com antígeno espermico, mostrou-se positivo em 72,31% de 437 intradermo-reações praticadas. Em 277 homens examinados, a percentagem de positividade para ovos foi de 50,9%, e de 48,4% em 223 mulheres. Com relação à cor, em 119 brancos obtivemos 49,3%, em 236 pardos, 49,3%, e em 145 pretos, 53,1%. A esquistossomose mostrou-se mais incidente em pacientes de 21 a 30 anos de idade (55%) e mais baixa em maiores de 61 anos (25,0%). A percentagem de positivos para outros helmintos foi de 75,6% para o "T. trichiurus", 71,6% para o "T. lumbricoides", 56,6% para ancilostomídeos, 13,4% para o "Strongyloides stercoralis" e 1% para o "E. vermicularis". Com relação aos protozoários intestinais, pesquisados pelo método de sedimentação, os resultados foram: "E. histolytica" (11,75%), "E. coli" (24,25%), "E. nana" (19,25%), "I. bütschlii" (5,25%) "G. lamblia" (2,75%), "C. mesnili" (1,25%) e "I. hominis" (0,25%).

**Comentários** — Prof. Samuel B. Pessoa: A cidade de Salvador (Bahia) oferece ambiente propício para a propagação da esquistossomose; ressaltou a necessidade de convencer as autoridades oficiais a tomar medidas eficazes a fim de obstar o alastramento da moléstia.

Dr. Humberto Pascale: Aproveito a ocasião para chamar a atenção sobre os focos de esquistossomose na vizinha cidade de Santos. Sugiro que o Departamento de Higiene e Medicina Tropical da Associação Paulista de Medicina officie às autoridades competentes, solicitando providências urgentes a respeito.

**Resultados das pesquisas de triatomídeos no distrito de Motuca** — Drs. Osvaldo Paulo Forattini e Osvaldo José da Silva. — Os autores relatam os resultados de uma pesquisa de triatomídeos no distrito de Motuca (Município de Araraquara). Dos 439 prédios visitados, 91 apresentavam-se com triatomas. Dêstes, 29 possuíam esses insetos naturalmente infectados, o que dá um índice de 6,6 em relação ao número total de casas visitadas, ou de 31,8 se levarmos em consideração apenas o número de prédios onde foram encontrados esses hemipteros. Ao todo, foram examinados 1.343 triatomídeos, dos quais 1.290 eram "T. infestans" e 53, "T. sordida". Ambas as espécies foram encontradas infectadas e o número total de insetos positivos foi de 105, o que dá um índice de 7,8.

DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA,  
em 11 de abril de 1950

Presidente: Dr. Affonso Bianco

**Sobre um caso de pêfigo cicatricial.** — Dr. Affonso Bianco. — Dentro as buloses destaca-se, pela raridade e pela dificuldade de sua identificação nosográfica, o pêfigo cicatricial. Efetivamente, não so com relação aos dados histológico-citológicos, à prova de Nikolski e ao teste dos halógenos, mas

também com relação à evolução clínica desta afecção, descontraídos se apresentam, muitas vezes, os achados dos diferentes autores. Isto não obstante, é o pêfigo cicatricial uma bulose bem definida e de diagnóstico fácil, visto ser caracterizada pela presença de bolhas nas mucosas conjuntivais e



cicatrices que unem a conjuntiva ocular à bulbar (simbléfaros). As mucosas conjuntivas podem ser comprometidas simultaneamente ou não a outras mucosas ou mesmo à pele, pela afecção. Nosso caso, que que é o primeiro caso de pênfigo cicatricial descrito no Brasil, apresenta interesse invulgar porque tem localização exclusiva conjuntival e vem evoluindo durante cerca de 80 anos sem comprometer seriamente a visão do paciente, o qual ainda enxerga relativamente bem, perambulando sozinho pelas ruas da cidade.

Comentários. — Dr. Luis Mariano Bechelli: Queria realçar, mais do que o próprio autor do trabalho, a extrema raridade deste caso. Nunca tivemos ocasião de ver um caso semelhante nem mesmo nos Estados Unidos, onde o pênfigo vulgar é muito mais frequente do que entre nós. Desejava saber se foi feita a biópsia.

Dr. Affonso Bianco: Não foi feita a biópsia porque o doente não se sujeitou à mesma, mas fizemos o exame citológico da bôlha, conforme foi dito na exposição do trabalho, o que pode dar uma idéia do quadro histológico das lesões. Julgamos, porém, que a biópsia neste caso não seja imprescindível, visto que, como muito bem dizem Rabêlo Portugal e Azulay, os dados histológicos, conquanto persistam de qualquer modo ligados

ao estudo das buloses do pênfigo, não constituem critérios diferenciais.

Dr. Abraão Rotberg: Durante o período de 1938 a 1940, quando estive nos Estados Unidos, não vi caso semelhante.

Dr. Guilherme Curban: Será que este pênfigo não é uma destas tantas entidades que ficam mal situadas dentro do grupo do pênfigo?

Dr. José Augusto Soares: O histórico deste caso, por datar de muitos anos, sugere a hipótese de hereditariedade.

Prof. João de Aguiar Pupo: Sujeito que o título do trabalho seja modificado para: "Sobre um caso de pênfigo cicatricial ocular". Assim fazendo, os oculistas que folhearem a revista onde o trabalho for publicado, também se interessarão pelo mesmo.

Dr. Affonso Bianco: Em resposta ao Dr. Guilherme Curban, devo dizer que os diferentes autores ainda não se puseram de acordo quanto à conveniência de considerar o pênfigo cicatricial como uma entidade nosológica independente das buloses do pênfigo verdadeiro. Respondendo ao Dr. José Augusto Soares posso afirmar que, de acordo com as informações do paciente, conforme disse na minha comunicação, não houve casos de moléstias semelhantes nos ascendentes e descendentes do mesmo.

#### DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA, em 12 de abril de 1950

Presidente: Dr. Paulo de Barros França

**Tratamento da meningite tuberculosa.** — Dr. Joaquim Leme da Fonseca — O autor relatou um caso de meningite tuberculosa em criança de 2 anos de idade, tratada com estreptomicina e que se encontra até hoje, precisamente dois anos depois do tratamento, livre daquela forma de tuberculose. Citou detalhes da evolução da doença e do tratamento que empregou e fez considerações gerais sobre a importância do diagnóstico precoce para início rápido do tratamento, sobre dosagens do me-

dicamento, vias de introdução, emprego de outras drogas associadas à estreptomicina ou à di-hidroestreptomicina, fenômenos de resistência ao medicamento, etc.

Comentários — Dr. Pedro Fefinetti: Aproveito a oportunidade para comunicar que, em um caso semelhante, associei à estreptomicina, um derivado do primin — diamedim — e com isso obtive o completo restabelecimento da criança em 5 meses. Introduzi o diamedim na terapêutica mês e meio



**Aumenta a resistência  
contra a infecção**

- como auxiliar no curso das infecções crônicas;  
bacilose confirmada ou casos suspeitos; afecções  
pulmonares crônicas.

- nos estados de decadência orgânica com astenia

- na insuficiência celular hepática.

# CHOLERGINE



Lípidos e Colóides totais do fígado e da bile do  
touro sob forma natural no próprio estado em que  
são elaborados pela célula hepática.

Injeções intramusculares diariamente ou em dias alternados  
Ampolas de 2 cm<sup>3</sup>.

LABORATORIOS ENILA S. A. RUA RIACHUELO, 242 - CAIXA POSTAL, 484-RIO  
FILIAL: - RUA MARQUEZ DE ITÔ, 202 - SÃO PAULO

após o início da moléstia e, desde então, houve grande melhora, não só clínica como líqürica. No final do tratamento, associei vitamina A, em altas doses. Pergunto ao conferencista se encontrou alguma referência sobre o emprego do cloridrato de estreptomina por via intratecal.

Dr. Paulo de Barros França: Gostaria de acrescentar que os bons resultados obtidos nesse caso foram devidos à maneira cuidadosa com que foi usado o medicamento. Sabemos que hoje há uma tendência para não usar a via intratecal na meningite, argumentando os autores que as meninges são muito bem irrigadas e o que interessa no tratamento da meningite não é a concentração do agente terapêutico no líquor, mas na meninge que está doente. Se o agente estiver em boa concentração no sangue estará também em boa concentração nas meninges. Outros dizem que a injeção intratecal deixa sequelas, às vezes graves. Diria, como disse o Dr. José Leme da Fonseca, que não há nenhum trabalho mostrando que se pode prescindir dessa via de administração. Os autores ficam frequentemente em dificuldades para dizer quando poder ser suspensa a medicação. Quanto ao emprego dos derivados das sulfonas, está provado que estas substâncias são bem toleradas, tanto pelos animais, como pelo homem, de modo que tenho a impressão que devem ser usadas também junto com a estreptomina.

Dr. José Leme da Fonseca: Quanto ao uso dos derivados do promin, o número de casos assim tratados e que chegaram ao meu conhecimento é muito pequeno, e os autores não se mostram muito entusiasmados. Vamos procurar seguir o método citado pelo Dr. Pedro Refinetti, para ver se obtemos os mesmos resultados. O uso dessas substâncias ao lado da dihidroestreptomicina só trouxe bons resultados, o que nos leva a adotar o seu emprego. Quanto ao uso do cloridrato de estreptomina por via intratecal, também não encontramos nenhuma referência. Quan-

to ao uso da estreptomina, a tendência é de usá-la cada vez mais e em doses maiores no início do tratamento, quando deve ter uma ação mais rápida e incisiva. O êxito do uso de derivados do promin ao lado da estreptomina nos encoraja a continuar a usá-los.

**O que o pediatra deve saber sobre estrabismo.** — Dr. João de Souza Dias. — O autor mostrou o inconveniente de esperar a época da adolescência para fazer o tratamento do estrabismo, como se fazia até há alguns anos. O método moderno, o da reeducação visual, se baseia sobre a recuperação da visão binocular, causa do estrabismo. Como o senso de fusão das imagens se inicia aos seis meses e termina a sua evolução aos 6 anos de idade, neste período é que o paciente deve ser tratado com mais probabilidade de cura. Quanto mais precoce o início do tratamento, maior é a probabilidade de evitar as complicações que podem tornar o tratamento difícil ou mesmo ineficiente: correspondência anômala das retinas, a baixa da acuidade visual (ambliopia estrábica) e a dificuldade cada vez maior de conseguir a fusão das imagens unificadas. Em resumo: o pediatra, que é sempre o primeiro a quem a família do paciente solicita conselhos, deve recomendar o tratamento imediato em um centro de reeducação visual, tão cedo seja o estrabismo verificado.

**Comentários** — Dr. Alencar de Carvalho: Como se explica que uma criança de 3 a 4 anos fique subitamente estrábica?

Dr. João de Sousa Dias: As causas do estrabismo são muito variadas e poderíamos classificá-las em orgânicas e psicogênicas.

Dr. João Vicente Ferrão: O autor não se referiu à idade mínima em que devemos mandar as crianças ao oftalmologista. Eu suponho que a idade mínima fosse de 4 anos, mas o Dr. Moacir Alvaro diz que, em qualquer idade, a criança pode ser tratada pelo oftalmologista, e tive a oportunidade de ver uma criança de 6 meses usando óculos,

*E...  
tudo foi bem*



# SLOPART

Princípio ocitócico do lóbulo posterior da  
hipófise

FILIAIS :  
RIO DE JANEIRO  
PORTO ALEGRE  
BELO HORIZONTE  
RECIFE  
CURITIBA  
SALVADOR

Ind. Farm. Endochimica S. A.

MATRIZ  
SÃO PAULO — BRASIL

END. TELEGRÁFICO  
"ENDOCHIMICA"  
CAIXA POSTAL 230-A

*Não adianta*

*Cinta Nova*



# TIROGLOBULINA

Hormônio tireoideano estandardizado

Ind. Farm. Endochimica S. A.

MATRIZ

SÃO PAULO — BRASIL

FILIAIS :  
RIO DE JANEIRO  
PORTO ALEGRE  
BELO HORIZONTE  
RECIFE  
CURITIBA  
SALVADOR

END. TELEGRÁFICO  
"ENDOCHIMICA"  
CAIXA POSTAL 230-A

indicados por esse especialista. De modo que queria saber se devemos mandar as crianças ao oculista com 6 meses ou com 4 anos.

Dr. João de Sousa Dias: A reeducação ortóptica não é bem oftalmologia. Os oculistas costumam tratar o estrabismo com os processos usados ainda em 1939, antes da guerra. A reeducação ortóptica é muito diferente, e já tive o caso de uma criança de um ano que, com 4 meses de tratamento, ficou boa. Com 6 meses de idade

criança já pode ser enviada para a correção.

Dr. Paulo de Barros França: Na Faculdade de Higiene a orientação é de se enviar a criança precocemente para a correção. Sabemos que a correção do estrabismo nas crianças é muito importante, não somente do ponto de vista da visão, mas também pelo complexo de inferioridade que se pode desenvolver em virtude de contacto com outras crianças normais.

#### DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA, em 17 de abril de 1950

Presidente: Dr. Reynaldo Neves Figueiredo

**Estado atual da anestesia na Inglaterra e certas experiências nos laboratórios da Imperial Chemical Manufacturing Co. (Conferência).**

— Dr. L. B. Wavill. — O triclóreoetileno, comumente conhecido pela denominação de Trilene, está muito em voga na Inglaterra. Tal não se dá nos Estados Unidos, certamente devido à repercussão que tiveram as experiências de Orth e Gillespie, publicadas alguns anos atrás. Tais autores demonstraram, em animais de laboratório, alterações graves do eletrocardiograma e possibilidade de fibrilação ventricular; baseados nestes dados desaconselharam o emprego desta droga no homem. No ano passado, entretanto, foi publicada, na Inglaterra, uma estatística de Ostlere com 40.000 anestésias pelo Trilene, no homem, sem um caso fatal. Calcula-se que oscilem em torno de 3.000.000 o número de anestésias humanas já realizadas, sem que tenham havido casos graves. O Trilene apresenta, entretanto, certas desvantagens. Uma das principais é o fato de não poder ser utilizado em sistema fechado com absorção de CO<sub>2</sub>, pela possibilidade de formação de gases tóxicos, desde que a temperatura se eleve muito ou a cal seja de má qualidade. Este agente não permite anestesia profunda, tal como se deseja para operações abdominais, por provocar uma respiração muito rápida, de cerca de 60 por minuto. Esta desvantagem é

fictícia, desde que se possa utilizar o curare como elemento relaxador, associado a uma anestesia superficial pelo Trilene. Essa combinação dá excelentes resultados em cirurgia abdominal. O uso do Trilene é vantajoso em uma série de ocasiões como as que seguem.

E' comum, na Inglaterra, a seguinte seqüência: tionembutal, protóxido de azoto com oxigênio e éter. Tal associação pode ser difícil, desde que o éter é um agente irritante e que pode ocasionar paroxismos de tosse após o barbiturato; se, entretanto, adicionarse o Trilene antes de iniciar a administração do éter, tal não acontece porque a sensibilidade do laringe é diminuída. Do mesmo modo o Trilene facilita a intubação traqueal. Nos ambulatórios, é um agente valioso adicionado ao protóxido de azoto e oxigênio, nos casos em que este agente por si é de difícil manutenção. O despertar é rápido e o doente pode caminhar para sua casa dentro de 2 a 3 minutos após a administração. E' comum, na Inglaterra, provocar a incoscência em casos com raqueanestesia; para este fim o tionembutal, o protóxido de azoto a 50% com traços de Trilene são muito usados. As características de Trilene são, portanto: dar um plano superficial de anestesia com muita facilidade em concentrações fracas, permitir recuperação rápi-

da; associado ao curare, é adequado para a cirurgia abdominal. Sua administração não requer aparelho especial, podendo se usado em qualquer tipo de vaporizador, lembrado sempre que deve ser usado em concentrações as mais fracas possíveis. É um bom agente para operações longas, que apenas requirem um plano superficial. acarreta um sangramento menor do que o éter ou ciclopropano. Isto é bem ilustrado em certas operações, como as mastectomias, em que o uso do Trilene permite um campo operatório seco. Além do seu uso como anestésico, o Trilene é, ainda, usado como analgésico, especialmente em obstetria. É especialmente valioso nos partos a domicílio, em que o médico sempre se defronta com o problema da anestesia. O Trilene permite parto indolor sem anestesia, apenas com o grau de analgesia que ele confere. As parteiras, na Inglaterra, tem permissão legal para administrarem cloróformio em cápsulas de 1 cm<sup>3</sup> e também o protóxido de azoto e ar em aparelho tipo Munnitt. Tal aparelho é pesado e caro e seu uso, no trabalho rural, inconveniente. — É bem provável que, em futuro próximo, o Trilene seja licenciado para uso das parteiras. Muitos anestesiistas estão mudando suas preferências da anestesia para a analgesia pelo Trilene no parto.

Na segunda parte da conferência, o autor relatou uma série de experiências realizadas nos mesmos laboratórios, quando da investigação de um agente banal para possível terapêutica antiverminótica. No decorrer de testes para toxidez, injetaram esta droga na cavidade peritoneal dos animais e verificaram a produção de sono. Como esta droga não se prestou para o combate aos vermes intestinais, trataram de verificar suas possíveis propriedades anestésicas. A primeira dificuldade surgida foi a insolubilidade da droga em qualquer substância injetável na veia. Tentaram, então, preparar uma suspensão e sua injeção venosa; tal foi feito com sucesso, sendo esta

a primeira vez que uma suspensão de substância insolúvel é injetada na veia. Nas primeiras experiências, algumas partículas eram de 300 micra. O animal escolhido foi o cavalo e a substância demonstrou ser poder anestésico; injetada na veia do cavalo, foram observados sinais idênticos aos de uma raqueanestesia vagarosamente ascendente: após a injeção de uma certa quantidade, o cavalo cai ao chão; se a administração for suspensa neste ponto, observa-se que o trem posterior está paralisado e insensível; o cavalo está acordado, come a grama, vira a cabeça, e pode ser operado com facilidade nos membros posteriores. Aumentando a dose, a paralisia acomete os membros anteriores, a cabeça e, finalmente, estabelece-se anestesia completa com perda a consciência. Fato curioso é a recuperação que, no cavalo, é praticamente igual para as doses fracas e fortes. Não existe outro agente anestésico com tais propriedades. Não há excitação pós-operatória alguma. O cavalo acorda, fica alguns instantes quieto e, depois, anda calmamente. O exame desta droga foi metuculoso. O exame clínico do cavalo fornece elementos distintos dos que seriam de esperar em uma anestesia intravenosa. Alguns efeitos cardiovasculares foram observados, como irregularidades cardíacas, desde que a injeção seja rápida; note-se, entretanto, que o eletrocardiograma do cavalo é de interpretação difícil por ser pouco conhecido o traçado normal. As grandes doses provocam um desequilíbrio dos líquidos orgânicos, suficiente para causar edema pulmonar. O hematócrito revela hemocôncntração com diminuição do volume sangüíneo. Trata-se de excelente anestésico para o cavalo e perfeito para a galinha; entretanto, não anestesia o gato em hipótese alguma; a margem de segurança no cão é muito pequena; anestesia com facilidade bezerros mas com maior dificuldade, nas vacas. Como se depreende, a variação de espécie é muito grande e não permite a transferência de dados pa-





Garantido  
pelo nome  
de maior  
confiança  
em produtos cirúrgicos  
*Johnson & Johnson*

Faça questão do  
**NOVO ESPARADRAPO**  
**IMPERMEÁVEL** *Johnson*

ADERÊNCIA INSTANTÂNEA  
ISENTO DE REAÇÃO CUTÂNEA  
IMPERMEÁVEL  
NOVA FÓRMULA "L.D."  
EMBALAGEM METÁLICA  
FÁCIL DE DESENROLAR



ra o homem. Por este motivo, sua administração ainda não foi tentada no homem. Tal substância per-

mite uma série de raciocínios completamente diferentes dos clássicos em anestesiologia.

#### DEPARTAMENTO DE NEURO-PSIQUIATRIA, em 19 de abril de 1950

Presidente: Dr. João Batista dos Reis

**Particularidades da apraxia fronto-calosa em um caso de encefalomalácias sucessivas (estudo anátomo-clínico).** — Prof. Adherbal Tolosa e Drs. Antonio Branco Lefèvre, Orlando Aidar e Dra. Maria Luísa M. Tavares de Lima. — A observação, que foi documentada com filme cinematográfico e com material gráfico colhido junto ao paciente, relatou o caso de um homem, portador de extensa arteriosclerose, acometido por três ictos cerebrais, nos territórios das artérias cerebral média e posterior, em ocasiões diferentes. Foi analisada a sucessão de manifestações clínicas decorrentes destes ictos, particularmente aquelas relacionadas com o acometimento da artéria cerebral anterior esquerda. Resultou da encefalomalácia um quadro neurológico bastante original, caracterizado pela existência de um reflexo de preensão muito intenso, na mão direita, de tipo persecutório. Notava-se, ainda, nesta mesma mão, que todas as ordens dadas eram executadas sem que o paciente pudesse inibi-las ao terminar, repetindo-as perseverantemente, até que esta sucessão fôsse interrompida pela mão esquerda, voluntariamente, ou então, pela interferência de uma ordem diferente. Esta perseveração da ação foi demonstrada por várias provas, inclusive gráficas. A moléstia agravou-se com novo icto, que desencadeou intenso quadro de apraxia, tendo o paciente falecido neste estado. Foi apresentado o estudo anátomo-patológico e estabelecida a relação entre as várias etapas do quadro clínico e os achados da necropsia.

**Comentários:** — Dr. Paulo Pinto Pupo: O fenômeno e perseveração apresentado pelo paciente parece não ser mero fenômeno de preensão forçada ou dela dependente,

mas algo mais complexo que um simples reflexo; parece tratar-se de fenômeno psíquico e classicamente arrolado como sintoma de lesão de áreas do pólo frontal. Ora, no presente caso, tais áreas estavam poupadas; seria o fenômeno dependente de lesão das vias de conexão dessas áreas com as homólogas do hemisfério oposto ou com áreas distante do mesmo hemisfério?

Prof. Adherbal Tolosa: Sinto dizer que não nos foi possível fazer um estudo minucioso das vias de conexão dessas áreas com as demais por causa de deficiência da parte anátomo-patológica, ao nosso dispor, na Faculdade de Medicina, que ainda não nos dá a possibilidade de fazer um estudo minucioso como o que seria necessário neste caso, e que daria mais valor à documentação fisiológica e anátomo-patológica que apresentamos. Sobretudo, pela carência da demonstração microscópica, não podemos afirmar, com maior autoridade, que as áreas 6 e 8 ou as áreas vizinhas estivessem indenadas. O território dessas áreas poderia ter sido lesado mesmo nas suas projeções atingidas pela irrigação da artéria cerebral anterior. Uma parte da área 6 poderia ter sido atingida no território dessa artéria, mas o amolecimento não é visível nesse ponto. O fato é que há autores que descrevem, na área 6, um centro para essas perturbações sem a intervenção do polo frontal; um centro cuja lesão produziria a perseveração motora de modo que não é necessário invocar o amolecimento do polo frontal para explicá-los. Interessante seria, também, relacionar esses fatos com as alterações psíquicas que se passam nos neuróticos; o fato do doente repetir o mesmo ato não permite que isso seja considerado uma estereotipia,

*POR SER 50 VEZES MENOS TOXICO QUE A ATROPINA*

# NOVATROPINA

*FOI DENOMINADA*



*o antispasmódico do Bebê*

*Laboratorio Sintetico Ltda.*

# LARYNGOBIS



## BISMUTOTERAPIA DAS ANGINAS INESPECÍFICAS POR VIA RECTAL

### ADULTO

### INFANTIL

LARYNGOBIS encerra um sal de bismuto em combinação com um derivado orgânico especialmente sintetizado para poder ser administrado por via rectal.

Sua dose tóxica é 900 vezes maior que sua dose terapêutica, o que lhe confere uma grande margem terapêutica.

A absorção do LARYNGOBIS por via rectal é comparável à absorção obtida por injeção endovenosa lenta. A via rectal é para a criança, a via de introdução mais comoda, mais prática e mais rápida.

LARYNGOBIS consegue na grande maioria dos casos, realizar a cura da angina e dos resfriados em poucas horas. (Tracy Levy - J.M.A. Georgia 37:172,1948).

### INDICAÇÕES:

Anginas inespecíficas, amigdalites, resfriados, coqueluche, pré e pós-operatório das amigdalectomias, auxiliar no tratamento das moléstias infecciosas com enantema.

### POSOLOGIA:

Crianças até 6 anos: 1/2 supositório infantil cada 24 horas.

Crianças de 6 a 13 anos: 1 supositório infantil cada 24 horas.

Adultos: 1 supositório adulto cada 24 horas.



**LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.**

Rua Tamandaré, 376 — Fone, 6-4572

SÃO PAULO

pois, nos atos espontâneos não foi verificada a perseveração que observamos nos atos ordenados. Certos fatos observados com este paciente lembram o que encontramos com certa frequência nos neuróticos.

**Paraplegia cifoscoliótica. Tratamento neurocirúrgico (transposição da medula). Sucesso terapêutico** — Drs. Rolando Angelo Tenuto, Marino Lazzareschi e Roberto Melaragno Filho — Ao que julgam os autores, o caso que ora registram representa a primeira observação brasileira, tratada neurocirurgicamente. Estudaram inicialmente diversas doutrinas explicativas do sofrimento medular na vigência de uma cifoscoliose pronunciada, de origem congênita. Insistiram no papel da compressão a medula entre as duas faces da dura-máter, anterior e posterior: a primeira aplicada contra a convexidade óssea e a segunda, fortemente distendida pelas raízes nervosas, contra a face posterior da medula. A maior incidência dos fenômenos medulares entre os 15 e 20 anos de vida, época do maior crescimento do indivíduo, comprova o papel desempenhado, em sua patogenia, pelo estiramento longitudinal da dura-máter raquidiana, sólidamente fixada no orifício magno e no fundo do saco dural. Finalmente, a torção da coluna e a possibilidade de compressões de vasos sanguíneos, com conseqüentes mielomalácias, devem ser consideradas diante de cada caso. Nesses fundamentos baseia-se a indicação de abertura da dura-máter após a laminectomia. Nos casos em que a intervenção cirúrgica se limitou à abertura do canal raquidiano, os resultados terapêuticos foram pouco brilhantes. Registraram os autores a observação de um jovem de 17 anos, que, ano e meio antes, ao executar esforços exagerados com a coluna, começou a apresentar dores lombares, as quais motivaram a indicação de um tratamento ortopédico. Entretanto, pouco a pouco, foram-se desenvolvendo fenômenos de déficit motor e sensitivo nos membros inferiores.

Ao exame, os autores observaram, em 10 de novembro de 1949, uma paraplegia crural absoluta, sendo possíveis, apenas, pequenos movimentos de flexão e extensão dos grandes artelhos; hiperreflexia profunda, trepidações e clono nos membros inferiores; sinal de Babinski bilateral; hipoestesia nítida tátil, térmica e dolorosa até T8; anestesia profunda nos membros inferiores. Cifose dorsal alta pronunciada, com escoliose dorsal médio-dextroconvexa e ligeira escoliose dorsolombar sinistroconvexa. O exame do líquido cefalorraquidiano, em punção lombar, revelou bloqueio completo do canal vertebral e liquor com característica dissociação albumino-citológica. As radiografias demonstraram uma cifoscoliose dorsal alta, dextroconvexa, com ápice em T4; hemivértebra triangular, correspondente à T4, de base direita articular com T3 e T4; ausência da 5.<sup>a</sup> costela esquerda, enquanto a 5.<sup>a</sup> costela direita, de curto trajeto, se achava fundida com a 6.<sup>a</sup> costela. Os exames mieloscópico e mielográfico vieram comprovar o bloqueio, pela parada o lipiodol entre T3 e T4. Decidiu-se então o tratamento cirúrgico, cujos tempos essenciais foram os seguintes: retirada das apófises espinhosas de C5, C6, T1, T2, T3, T4 e lâminas correspondentes; feitura de novo leito ósseo, entre T1 e T5, para a medula, através da excavação de uma porção dos processos transversos à esquerda, bem como dos ligamentos interósseos, dos tubérculos costais e de uma porção correspondente ao colo das costélas (este leito ósseo foi recoberto com oxi-cel); transposição da medula para seu novo leito mediante a secção, entre clips, das raízes T1, T2, T3, T4, bilateralmente; abertura da dura-máter e sondagem do canal; fechamento, conservando-se a dura-máter aberta. Dois dias após a intervenção, o paciente já conseguia executar alguns movimentos débeis de flexão e de extensão dos pés. Cerca de 30 dias depois da laminectomia, o paciente já ficava de pé, amparado. O exame neurológico realizado 48 dias após o



ato cirúrgico, revelou ausência de qualquer paralisia muscular, embora os movimentos fossem realizados com diminuição de energia de contração; hiperreflexia profunda, sinal de Babinski à direita e inconstante à esquerda; sensibilidade superficial quase normalizada; persistência do bloqueio e líquor com a características de estase. Não obstante, as melhoras progrediram, de modo que o paciente consegue, hoje, exercer suas atividades normais. O exame neurológico está normalizado, com exceção de ligeiros distúrbios da sensibilidade profunda. Após revisão bibliográfica, concluíram os autores que seu paciente representa uma das mais rápidas e completas recuperações de paraplegia cifoscolítica registrada na literatura.

Comentários: — Prof. Paulino W. Longo: O trabalho apresentado vem salientar a importância dos ortopedistas trabalharem ao lado dos neurologistas. Pergunto se foram seccionadas as raízes posteriores. O relator falou em transposição da medula e essa questão não ficou muito clara.

Dr. Roberto Melaragno Filho: As raízes motoras e sensitivas fo-

ram seccionadas conjuntamente. Quanto à transposição da medula, o filme que apresentamos não mostra bem esse tempo da operação. Na literatura, a esse respeito existe apenas um trabalho, de Hyndman. Hyndman verificou que seu paciente que, três meses antes, sofrera um traumatismo ao nível da coluna vertebral, apresentava uma cifoscoliose; surgiu, depois, a paraplegia, ao fazer a laminectomia, o autor verificou que não se deveria intervir na região da medula, dado o grande edema existente; havia uma transsudação muito grande e não havia sinais de sofrimento da medula ou dos nervos motores. Hyndman teve a idéia de fazer a ressecção de uma parte de lâmina, fazendo a remoção da apófise transversa, da cabeça e colo das costelas. Repetindo essa intervenção, tivemos um resultado brilhante e pensamos que ela poderia servir para uma série de circunstâncias e impedir recidivas. Mesmo que não haja artrodesse para corrigir essa deformidade, o canal raquidiano fica alargado e a medula não sofre as consequências da curvatura anormal da coluna vertebral.

#### DEPARTAMENTO DE MEDICINA, em 20 de abril de 1950

Presidente: Dr. Reynaldo Chavierini

**Ação de 1262 F (dietilamino-etoxi-2-difenila) sobre a arritmia da miocardite chagásica** — Drs. José de Barros Magaldi, Carlos Villela de Faria e Armando Botter Bernardi. Os autores estudaram o 1262 F (dietilamino-etoxi-2-difenila) na arritmia de 12 pacientes com cardiopatia chagásica. Verificaram a regularização do ritmo em 9, o desaparecimento de bloqueio A-V em 2 e o desaparecimento de fibrilação auricular em 2 pacientes. Não notaram diferença no quadro clínico, apesar da regularização do ritmo.

Comentários: — Dr. Italo Domingos Le Voci: Queria saber se os autores têm alguma experiência

em casos e taquicardia paroxístico ventricular, ou se encontraram alguma coisa a esse respeito na literatura.

Dr. Edgard Theotonio Santana: Desejava saber se foram observadas sensações subjetivas desagradáveis, durante a administração da droga. Tive oportunidade de observar esse fato em outros doentes.

Dr. Ennio C. Damião Barbato: Os casos apresentados são de vários tipos de arritmias e seria interessante que se verificasse o tipo de arritmia em que foram melhores os resultados. A minha impressão a respeito de casos de moléstia de Chagas, é que há casos de hiperexcitabilidade e outros de depressão. Em muitos casos, o



ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS  
INTESTINAL PELO DERIVADO  
FTÁLICO DA SULFA

## **ANASEPTIL = FTALIL**

*(Ftalil - Sulfatiazol com Vitamina K e B<sub>1</sub>)*

Absorção praticamente nula, alcançando grande  
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA  
VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Praça da Liberdade, 91

São Paulo

## **Dr. J. M. CABELLO CAMPOS**

*Medico radiologista*

### **Radiodiagnostico e Radioterapia**

RUA MARCONI, 94 - 2.º andar

Telefone, 4-0655

(EDIFÍCIO PASTEUR)

Residencia:

Rua Tupi, 593

Telefone, 51-4941

que se pode tomar como extrassistolos são escapes que aparecem por depressão dos centros fundamentais. Seria interessante analisar, não só a melhora das arritmias, mas também as reações nos casos de hiperexcitabilidade ou não. Isso teria muito valor, tanto farmacológica como fisiologicamente.

Dr. Francisco de Assis Sporques: Desejava saber por quanto tempo a droga age e quanto tempo depois de suspensão é que a arritmia volta ao que era antigamente. Se a dose de manutenção deve ser de 6 ou de um ou dois comprimidos.

Dr. Bernardino Tranchesi: É paradoxal que, em pacientes apresentando acentuado déficit cardíaco, o uso da droga faça desaparecer o déficit mas não produza melhora alguma no estado de compensação. Possivelmente, isto se deve ao fato de que os chagásicos descompensados dificilmente compensam. Seria interessante verificar a ação da droga em outros tipos de cardiopatias acompanhadas de arritmia e déficit cardíaco, nos quais, possivelmente, a melhora do ritmo se acompanha de melhora das condições circulatórias.

Dr. Reynaldo Chiaverini: No trabalho verifico, entre vários aspectos

muito interessantes, que, apesar da melhora dos doentes, que foi patente, parece não ter havido influência no prognóstico. Naturalmente, com 1 caso não é possível dar uma resposta a esse comentário; seria necessário prosseguir nesse estudo, comparando a mortalidade nos casos em que foi empregado o medicamento com a daqueles em que foi empregado o medicamento com a daqueles em que não foi usada essa terapêutica.

Dr. José de Barros Magaldi: Visamos estudar apenas a ação da droga e o resultado foi o que apresentamos. Repetimos que não observamos a ação do medicamento no que diz respeito à evolução dos casos. Quanto à pergunta do Dr. Italo Domingos Le Voci, não temos experiência nessa parte e não encontramos menção na literatura; em alguns casos vimos que havia diminuição da taquicardia. A respeito dos "escapes", nada mencionamos mas nós também verificamos isso em alguns dos nossos casos. Quanto às doses de manutenção, ela é variável de doente para doente. Quanto à questão do não paralelismo entre o déficit e a melhora circulatória, também não sabemos explicar.

#### DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA, em 24 de abril de 1950

Presidente: Dr. Eduardo de Souza Cotrim

**Radiologia e cirurgia do megacólon** — Drs. José Moretzsohn de Castro e Daher E. Cutait. Foi realizada uma "mesa redonda" sobre o assunto, sendo formuladas as seguintes perguntas: A — "Dos cirurgões": 1) Qual a sua opinião sobre a existência dos esfíncteres cólicos. Se acredita na existência dos mesmos, quais os meios que considera mais eficientes para visualizá-los. 2) Há, na sua opinião, possibilidade de se verificar radiologicamente e avaliar a capacidade funcional do segmento cólico ectasiado? Em caso positivo, qual a tática e sua experiência pessoal sobre o assunto? 3) Na sua experiência, qual a percentagem de

casos de megassigma, de megarreto, e de outros megas cólicos? 4) Aconselha o exame radiológico em pacientes com estase intestinal acentuada de longa duração, 5) Qual, na sua opinião, o melhor meio de sistematização do exame radiológico do cólon dos megas? B — "Perguntas dos radiologistas": 1) Que é fisiologicamente um esfíncter? 2) É necessário um esfíncter para haver mega? 3) Quais são, no aparelho digestivo, os esfíncteres radiologicamente sem artifícios? 4) Qual sua experiência sobre mega infantil? 5) Tem notado contração retal nos seus pacientes radiografados?

Tomaram parte na discussão os Drs. José Moretzsohn de Castro, Daher E. Cutait, Arrigo Raia, Fernando Chammas, Waldyr Silva Prado, Ruy Ferreira Santos e Fábio Dória do Amaral. Em linhas gerais, foi ressaltada a dificuldade de evidenciar-se a presença de es-

fincteres anatômicos, tanto cirúrgica como radiologicamente; foi sistematizado o exame radiológico, com radiografias de grande enchimento e de relêvo, oblíquas e, eventualmente, a prova de Capurro para a pesquisa de contrações da alça lesada.

#### DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA, em 25 de abril de 1950

Presidente: Dr. Augusto de E. Taunay

**Diagnóstico de laboratório da brucelose** — Dr. Nelson Planet. O autor recomendou, como métodos de escolha para o diagnóstico de laboratório da brucelose, a prova alérgica a soro-aglutinação e o isolamento do germe. A prova alérgica (intradermo-reação) deverá ser preferivelmente feita com brucelergeno (M.B.P.), isto é, fração proteica purificada extraída das culturas de brucela; o emprêgo de suspensões de germes para a execução desta prova oferece sérios inconvenientes, tais como considerável percentagem de reações inespecíficas e reações indesejáveis nos indivíduos susceptíveis. O autor chamou particularmente a atenção para as dificuldades técnicas que se encontram para a execução da prova de soro-aglutinação. As qualidades do antígeno utilizado devem ser rigorosamente verificadas; sua preparação exige cuidados particulares; seu controle deverá ser feito com grande rigor. A falta destes cuidados leva freqüentemente a resultados de difícil interpretação, pois, quando se empregam antígenos preparados pela forma habitual, há grande número de reações falsas, seja pela tendência para uma aglutinação espontânea, seja pela freqüência de fenômenos e zona que se verifica nesta reação. A seguir, o autor ressaltou o valor e a grande percentagem de hemoculturas positivas que se conseguem nos casos de brucelose, referindo casuísticas em que tal prova é conseguida em percentagem superior a 80%, desde que sejam utilizados meios de cultura adequados e boas técnicas. O frasco de Castañeda

e os meios com base de bactotrip-tose são os recomendados. Discutindo o valor relativo e interrelacionado dos testes recomendados, o autor deu primazia à soro-aglutinação, que é positiva em mais de 95% dos casos. A intradermo-reação e a hemocultura, mesmo não atingindo números tão elevados, são indispensáveis, pois, em certos casos, são os únicos testes positivos. Os títulos aglutinados, nos casos seguramente diagnosticados como brucelose, são elevados (em 90% dos casos iguais ou superiores a 1:320). A aglutinação completa a 1:80 já é indicativa da infecção. Teceu o autor comentários sobre a incidência da brucelose humana em nosso meio, lamentando que, em muitos casos diagnosticados como tal, os métodos utilizados não tenham sido os mais recomendáveis, permitindo dúvidas. Por outro lado e pela mesma razão, casos diagnosticados incluíram o isolamento do germe responsável e sua conseqüente identificação. Este fato tem contribuído para que poucas informações existam, entre nós, sobre a epidemiologia da brucelose.

**Infecção geral causada por um germe do grupo paracoli curada pela estreptomina** — Drs. Luis Augusto Ribeiro do Valle, Gastão Rosenfeld e Carlos Prado. O histograma de uma criança com moléstia febril que durava 13 dias, e que não apresentara nenhuma melhora com tratamento por sulfas e penicilina, mostrava: leucopenia relativa, neutropenia com acentua-

do desvio para a esquerda, anaeosinofilia, linfocitose e aumento da hemossedimentação. Esse quadro, ao lado dos dados clínicos, sugeriu a hipótese de uma infecção generalizada, provavelmente por salmonela. A falta de alterações degenerativas dos neutrófilos era contrária ao diagnóstico de febre tifóide. Da hemocultura, em meio biliado, foi isolado um bacilo Gram-negativo, não aglutinável pelos sôros salmonela, flagelares e somáticos, e com o comportamento bioquímico dos do grupo paracoli. A

fim de verificar se esse bacilo era o responsável pela infecção, foi feita a pesquisa e verificada a presença, no sôro da paciente, de aglutininas para esse germe (título 1/400). Em consequência desses dados, foi feito o tratamento pela estreptomina. A sintomatologia regrediu em poucas horas, ficando a paciente completamente curada. Identificação ulterior desse germe, feita pelo Dr. Augusto de E. Tournay, mostrou tratar-se de um "Paracolibacterium aerogenoides", do grupo paracoli.

#### DEPARTAMENTO DE TISIOLOGIA, em 26 de abril de 1950

Presidente: Dr. Mozart Tavares de Lima Filho

**Da relação imunobiológica entre tuberculose e lepra. Ação positiva do B.C.G. sobre a reação de Mitsuda** — Drs. Nelson Souza Campos, José Rosemberg e Jamil Aun. Este trabalho é o primeiro de uma série que visa pesquisar a relação imunobiológica entre a tuberculose e a lepra. Procurou-se inicialmente, estudar a ação positiva do BCG sobre a leprominoreação em crianças internadas no Educandário Santa Teresinha de Carapicuíba, Estado de São Paulo. Com esse propósito, foram vacinadas com BCG, pela via digestiva, 39 crianças de 1 a 18 meses de idade, filhos de leprosos, separadas de seus pais logo ao nascer, todas elas negativas ao Mantoux a 1/10 e à lepromina.

Doze crianças (grupo A) receberam uma dose única de 0,10 g de BCG. Nove se sensibilizaram à tuberculina em prazos variáveis. Em 8 destas, a leprominoreação, realizada 40 dias antes da vacinação, e considerada negativa na leitura tardia com 30 dias, positivou-se remotamente por efeito do BCG, entre o 70.º e 112.º dias. No caso restante, apesar de se verificar a sensibilidade à tuberculina, não se verificou essa positividade remota do antigo Mitsuda, bem como em 3 outros que não desenvolveram alergia tuberculínica. Nesses 4 casos, um segundo Mitsuda, realizado 49 dias após a vacinação,

resultou igualmente negativo. O total de viragens da leprominoreação devido à ingestão do BCG, atingiu pois, neste grupo, a 66,66%.

Vinte e sete crianças (grupo B) receberam doses diárias progressivas de BCG, durante 28 dias, completando um total de 1,19 g. A alergia tuberculínica apareceu com prazos variáveis em todas, sendo o Mantoux francamente positivo em 24 e duvidoso em 3. A leprominoreação, realizada 40 dias antes de se iniciar a vacinação e considerada negativa na leitura tardia com 30 dias, positivou-se remotamente em 25 casos, por efeito do BCG, entre o 70.º e 112.º dias (93%). Um segundo Mitsuda, realizado aos 23 dias após o término da vacinação, foi positivo em todos os casos em que assim se procedeu, inclusive naqueles nos quais não houve positividade remota do antigo Mitsuda realizado antes da ingestão do BCG, bem como naqueles que desenvolveram uma alergia tuberculínica duvidosa. Em suma, verificou-se, neste grupo, 100% de viragens da leprominoreação por efeito da ingestão do BCG.

Verificou-se uma influência nítida da dose de BCG administrada, sobre a frequência das positivities remotas das leprominoreações praticadas antes da vacinação, bem como sobre a percentagem

## Comunicação sôbre reumatismo articular e hormônios da córtex supra-renal

Além de sua ação específica, os hormônios esteróides possuem importantes efeitos terapêuticos gerais sôbre os tecidos. O problema que hoje figura em primeiro plano é a sua aplicação no reumatismo articular.

### Emprego do Percortol

Lewin e Wassén foram os primeiros a chamar, recentemente, a atenção para o fato de que, nos casos de reumatismo articular, apresenta perspectivas promissoras o tratamento combinado com acetato de desoxicorticosterona (Percortol) e ácido ascórbico. Os resultados, extremamente favoráveis, obtidos por êsses autores, foram confirmados por numerosos clínicos. Segundo Le Vay e Loxton, convém particularmente a administração intravenosa de "Percortol hidrossolúvel" (glicósido de desoxicorticosterona) e de ácido ascórbico, misturados na mesma seringa.

### Orientação para a posologia

5 mg de Percortol (em solução oleosa) por via intramuscular e 1 g de ácido ascórbico por via intravenosa, ou 5 a 10 mg de "Percortol hidrossolúvel", misturados na mesma seringa com 1 g de ácido ascórbico, por via intravenosa. A associação deve ser administrada pelo menos uma vez ao dia.

Teremos prazer em remeter, aos Srs. Médicos, literatura sôbre êste novo método de tratamento, bem como amostras de Percortol.

---

PRODUTOS QUÍMICOS CIBA S. A





de positivação das reações de Mitsuda em geral e sua intensidade.

Ao lado da viragem maciça e rápida da reação de Mitsuda provocada pela administração do BCG, quer das lepromino-reações praticadas antes da vacinação (positivações remotas), quer daquelas realizadas depois da vacinação, chamou-se atenção para o fato da estreita concordância dessa reação com as provas de Mantoux. Das 39 crianças becegeizadas, 36 reagiram à tuberculina, sendo que 33 apresentaram reações de Mantoux nitidamente positivas e 3, duvidosas. Dessas 36 crianças alérgicas, 35 se positivaram à lepromina. Nos 3 casos restantes, que se mantiveram insensíveis à tuberculina (Mantoux 1/10), a reação de Mitsuda também foi negativa. Dêsse modo, verificou-se discordância nítida entre essas duas reações, somente em um único caso, onde o Mantoux foi francamente positivo e o Mitsuda se manteve negativo.

Considerações foram desenvolvidas sobre a provável relação entre essas duas reações e a especificidade do Mitsuda. Acentuou-se, a propósito, o aspecto aparentemente paradoxal da concordância e paralelismo das reações tuberculinicas e lepromínicas, uma vez que as primeiras exprimem na tuberculose um estado de alergia, isto é, de sensibilidade, e as segundas traduzem na lepra um estado de resistência.

Várias hipóteses de trabalho foram aventadas no sentido de melhor esclarecer as relações por ventura existentes entre esses dois testes biológicos, as quais constituirão objeto de publicações futuras.

O fato fundamental de interesse prático imediato, que deve ser frisado, é a capacidade que demonstra o BCG administrado por via oral, de desenvolver a positivação do Mitsuda, rapidamente e em massa, em crianças de baixa idade, inclusive lactentes, constituindo isso mais uma afirmação da capacidade de absorção do bacilo bilado pelo tracto digestivo, ao lado das outras inúmeras provas já acumuladas pela experiência brasileira, sobre a eficiência da técnica de calmetização, por via oral, na imunização antituberculosa.

Em face do conceito que se tem atualmente, em leprologia, sobre a expressão de resistência do teste lepromínico positivo, os autores julgam que se deve preconizar a administração do BCG a todos os filhos de leprosos, logo nos primeiros dias da vida, encarecendo a importância profilática dessa medida.

**Paralisia frênica espontânea no decorrer da tuberculose primária** — Drs. Mario Lotufo e Antonio Figueira. — As paralisias do diafragma, temporárias ou definitivas, não são muito frequentes no decurso da tuberculose primária. A literatura médica registra o fato como raro. O caso apresentado é o de uma menina de 6 anos, que, no decurso de um complexo primário, apresentou paralisia diafragmática direita, devido a inflamação do gânglio paratraqueal; no decorrer de um ano de observação, o diafragma não mais se movimentou, apesar da regressão dos fenômenos inflamatórios. Os autores exibiram farta documentação radiológica, inclusive planigrafia.

#### DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA, em 28 de março de 1950

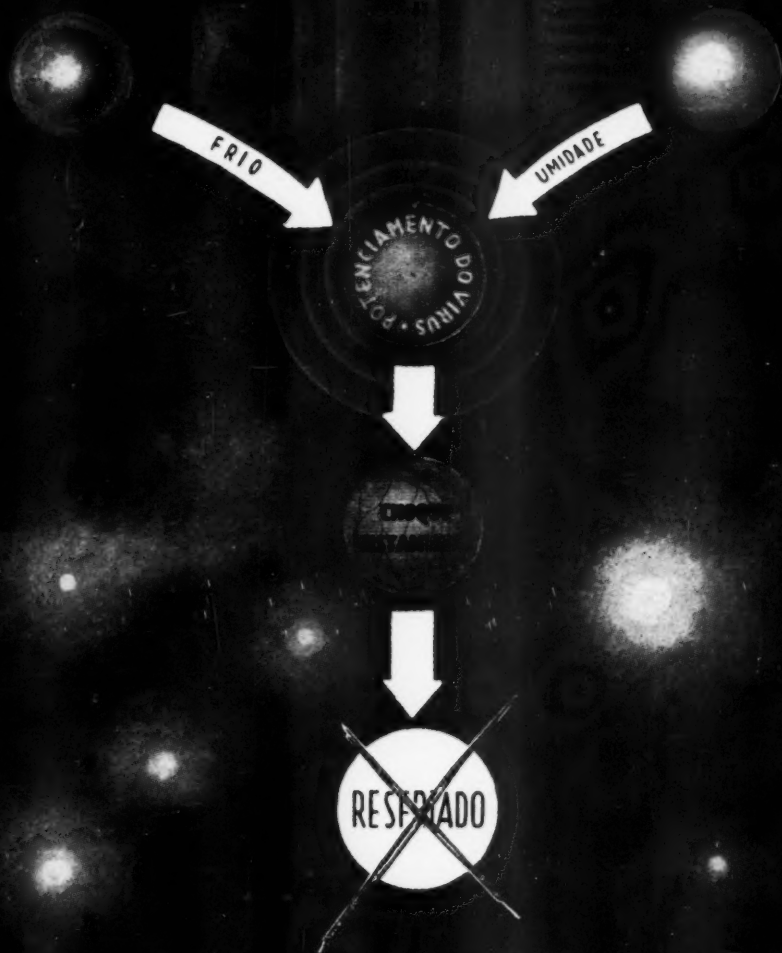
Presidente: Dr. Edgard Braga

**Simpósio sobre penicilinoterapia em ginecologia.** — Drs. José Gallucci e Cosme De Guarnieri Netto. — Os autores enunciaram, inicialmente, as regras fundamentais a penicilinoterapia para, a seguir,

abordar as indicações — profilática e curativa — da penicilina em ginecologia. Classificaram as formas de administração em sistêmica e local, entrando em detalhes sobre o uso das mesmas e estabeleceram



COMPRIMIDOS ANTI-HISTAMINICOS



LAB. BIOSINTETICA S. A.

# VERSTAMINA

Maleato de Pyranisamina

Novo anti-histaminico



De tolerancia perfeita; isento de fenômenos secundários (sonolência, náusea, cefaléia.)



Indicado na **prevenção do resfriado** com atividade comprovada em:

90 %	dos casos tratados após	uma	hora	do inicio dos sintomas,
87 %	" " " "	duas	horas	" " " "
74 %	" " " "	seis	"	" " " "
70 %	" " " "	doze	"	" " " "



Preventivo e curativo das formas alérgicas em geral: Urticária, prurigem, rinites vasomotoras, edemas angio-neuróticos, dermatites e manifestações alérgicas devidas a substâncias alimentares ou medicamentosas (**penicilina, estreptomicina, etc.**)



## DOSES:

½ - 1 comprimido, três-quatro vezes ao dia, após as refeições. Como preventivo do resfriado iniciar com 2 comprimidos. Crianças: de 5 a 12 anos: ¼ - ½ comprimido três, quatro vezes ao dia sob prescrição médica.



## LABORATÓRIOS BIOSINTÉTICA S. A.

Praça Olavo Bilac, 105	-	Fone 52-6910	-	S. Paulo
Rua Buenos Ayres, 17 - 1.º	-	" 43-9161	-	R. de Janeiro
Rua Ermelino de Leão, 343	-	" 4637	-	Curitiba
Rua Rio de Janeiro, 195 - 1.º	-	" 2-5097	-	B. Horizonte
Cais de Santa Rita, 96 - 1.º	-	" 6202	-	Recife
Rua Jerônimo Coelho, 294	-	" 6896	-	P. Alegre

o critério da eficiência das preparações, quer sob o ponto de vista da determinação dos níveis sanguíneos da penicilina, quer na apuração estatística do valor terapêutico. Encararam os critérios de cura nos seus aspectos anatómicos e clínico. Concluindo, apresentaram a estatística dos processos infecciosos observados na Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Prof. José Medina) no período de fevereiro de 1948 a fevereiro de 1950.

Comentários — Dr. Paulo Schmidt Goffi: A Escola do Prof. Nicolau de Moraes Barros sempre fez apologia da radioterapia profunda; desejo saber qual é a sua orientação atualmente.

Dr. Francisco Cerruti: Desejaria saber se, na revisão do assunto que fizeram os autores, encontraram alguma referência, convenientemente documentada, a respeito da ação local da penicilina, pois, para as sulfas, parece que essa ação não é mais admitida. Sabendo-se que, tanto a penicilina, como as sulfas, agem sobre os mesmos germes, seria, também, interessante saber se há fundamento científico no seu emprego concomitante ou se tal associação medicamentosa constitui apenas um hábito. Se não existir essa ação sinérgica ou de reforço não se justificaria usar sulfas, drogas capazes de determinar acidentes graves.

Dr. Fernando Mendes Pereira: Desejava que os autores esclarecessem se, no Serviço do Prof. José Mendes, têm sido verificadas vantagens no emprego da penicilina administrada de 3 em 3 horas em vez de ser usada de 24 em 24 horas.

Dr. Bussamara Neme: Apresentei na Clínica Obstétrica, há poucos dias, os resultados das dosagens de penicilina no sangue de doentes cesareadas; com o emprego da penicilina G-procaína, administrada cada 1 hora, a concentração se manteve acima de 0,08 e 0,06, suficiente para debelar qualquer infecção. Fizemos, também, a associação da penicilina G-procaína e 10.000 U. de penicilina potássica, verifi-

cando que a concentração sanguínea é mais rápida e mais elevada; a associação dispensa a administração de 3 em 3 horas.

Dr. Edgard Bragá: Nos casos de penicilino-resistência, quais as armas que poderíamos usar? Tive o caso de uma senhora que contraiu blenorragia e usou penicilina (300.000 U. diárias) sem resultado. A doente tomou também, sulfas, sem resultado. Apresentava corrimento intenso e micção dolorosa; quando a examinamos, o exame cultural mostrava a presença de gonococos. Tive a idéia de fazer, primeiro, a vacina antigonocócica e, depois de 6 dias, comeci a usar penicilina na dose de 20.000 U. cada 3 horas. Depois foi feita estreptomicina e, com 2,5 g desse medicamento, a doente teve alta.

Dr. Cosme de Guarnieri Netto: Estudamos, comparativamente, a ação da penicilina e da radioterapia e temos a impressão de que esses dois processos se equivalem. A radioterapia impressiona pelos resultados espetaculares nos processos anxiais agudos.

Dr. José Gallucci: Devo esclarecer que, trabalhando em hospital de ensino, quisemos verificar até que ponto as sulfas, a penicilina e a estreptomicina dão resultados, de modo que tratamos cada doente com um único medicamento. Quando o doente não pode permanecer em São Paulo para um tratamento mais demorado, fazemos inicialmente a radioterapia.

Dr. Cosme de Guarnieri Netto: Quanto ao que se disse o Dr. Francisco Cerruti a respeito do uso local da penicilina, não foram computados os dados nesta estatística, mas seu estudo está sendo feito em nosso Serviço. Nos processos anxiais agudos e nas bartolinites agudas, a penicilina é injetada após aspiração do pus, com ótimos resultados. Usamos, inicialmente, só a penicilina; quando o processo infeccioso não regride, associamos sulfas ou estreptomicina. Parece que há verdadeiro sinergismo entre a sulfa e a penicilina, como afirmam Ungar e Biger. Basan julga que é muito frequente a infecção polimicrobiana em ginecologia; daí,

a vantagem da associação sulfa-penicilina. Quanto à pergunta do Dr. Fernano Mendes Pereira, informamos que temos obtido resultados quase que equivalentes com o emprego da penicilina de 12 em 12 horas ou de 3 em 3 horas.

**Parto pélvico em primíparas maiores de 30 anos.** — Dra. Sarah Olympia do Val. — Revisando os 61 casos de apresentação pélvica em primíparas idosas, dentre os 56.311 partos ocorridos desde 1.º de janeiro de 1920 a 31 de dezembro de 1948, no "Instituto de Maternidad y Asistencia Social Prof. Ubaldo Fernandez" (Serviço do Prof. M. L. Perez), e a literatura médica mundial sobre esse assunto, a autora concluiu: Desses 61 partos, 43 (74%) foram de gravidez a termo, 11 (18%) foram de gravidez de 8 meses, 5 (8%) com gravidez de 7 meses e 2 (3,2%) gravidez de 6 meses. A gestação, em 5 dessas parturientes, foi normal (40%). As demais parturientes tiveram gestações entrecortadas de pequenos inconvenientes, que não as enquadraram, contudo, no capítulo das gestoses. Quanto à duração do trabalho de parto, foi verificada média de 19,45 horas. Nesses 61 casos não foi verificada qualquer proporcionalidade entre a duração do parto e as idades das parturientes, o que comunga com os achados de Berutti em 1935; isso leva a concluir que o tempo de duração do trabalho de parto aumenta progressivamente com a idade nas primíparas em geral, mas não aumenta nas apresentações pelvianas nas primíparas idosas em particular. Entre esses 61 partos, somente 1 foram espontâneos; dos outros, 12 exigiram grande extração pelviana, 20 o concurso de extração manual, 6 pacientes foram cesareadas e em 3 foi usado fórcepe. Foi praticada, com êxito, a manobra de Mauriceau em 76,6% dos casos. As manobras de Rojas e de Bracht foram realizadas com bons resultados em 7 e 4 casos, respectivamente. Quanto às cesáreas, foi observado que, nos casos com pelve estreita, gravidez a termo, essa intervenção tem indica-

ção absoluta. Ademais, foi a intervenção que trouxe menor cifra de mortalidade fetal. Dos 3 casos em que foi empregado o fórcepe, um foi realizado sobre a cabeça última; em todos, havia sofrimento fetal: em todos, mãe e filho ficaram em perfeito estado de saúde. Foram praticadas 13 episiotomias unilaterais e 5 debridamentos; os casos que reclamavam esses cuidados e que não os receberam, foram de desgarros, na maioria de segundo grau, sendo que um deles, de grande extensão, conduziu ao falecimento materno. A morbidade materna nesses 61 casos está representada por infecções intrapuerpério, mas sim pelo grau de traumatismos perineais; neste particular a autora concluiu que faz-se mister prever esses traumatismos com boa e judiciosa episiotomia, quando, após esmerada semiologia da bacia e a escolha de intervenção que vise o mínimo de traumatismo.

**Comentários** — Dr. Artur de Almeida: Queria saber se a incidência da apresentação pélvica na primípara idosa difere muito da que ocorre na primípara jovem e se as indicações operatórias — fórcepe, extração pélvica e cesárea — foram feitas por moléstias intercorrentes, sabido que a primípara idosa apresenta afecções como toxemia, placenta prévia, mioma uterino, que são relativamente raras na primípara jovem. Seria interessante comparar um grupo de primíparas idosas e em grupo de primíparas jovens para podermos avaliar melhor a evolução do parto nos dois grupos. Pelos dados apresentados quanto à mortalidade fetal verificamos que o parto pélvico é altamente perigoso para a criança; julgo, portanto, que, toda a vez que tivermos um parto em primípara idosa, de apresentação pélvica ou cefálica, devemos nos esmerar numa semiologia cuidadosa principalmente no que se refere à bacia para verificar se não existe uma desproporção feto-pélvica. A radiografia é muito importante e deve ser bem feita. Quando o parto está avançado estes exames

# GADUSAN

## *O antitoxico da tuberculose*

As micelas coloidais neutralizam as toxinas, o que explica a universalmente comprovada ação do Gadusan como desentoxicante da tuberculose.

"Fadiga, inquietação, febre, taquicardia, baixa da pressão arterial, anorexia, incapacidade digestiva, perda de peso, anemia e leucocitose" (Pottenger) — tal é o quadro decorrente da tubérculo-toxemia e que desaparece com injeções endovenosas de 5 ou 10 cc. de Gadusan, três vezes por semana. Esta psicologia é tolerada sem quaisquer reações, mesmo pelos nefríticos.



**INSTITUTO TERAPEUTICO  
ORLANDO RANGEL**

RUA FERREIRA PONTES, 148 — RIO DE JANEIRO





são muito íficeis e quase sempre não podemos fazer muita coisa para a criança. Além disso devemos considerar que a criança da primípara idosa é de muito mais valor do da primípara jovem porque talvez seja a última oportunidade dessa mulher ter um filho e isso tem muito valor social, devendo ser levado em consideração. Toda vez que tivermos alguma dificuldade, devemos optar pela via alta; nos casos de enervamento da cabeça no estreito médio ou superior devemos, além das manobras clássicas, usar também fórceps, que é muito menos traumatizante.

Dr. Bussamara Neme: Conheci a orientação do Serviço do Prof. M. L. Perez, e vi que o material apresentado é de 1928 até hoje. Hoje em dia, entretanto, a assistência ao parto pélvico é muito melhor e o perigo diminuiu muito. Não tive uma afirmação de qual seja a orientação atual do Prof. M. L. Perez, mas tenho a impressão que a sua orientação não diverge da minha: primípara idosa com apresentação pélvica é igual a cesárea.

Dr. Eduardo Martins Passos: Permito-me discordar da orientação cesarista; mesmo quando se fala que primípara idosa é "igual" a cesárea. É preciso verificar a existência da desproporção materno-fetal, para aquilatar da necessidade da cesárea. Quando há retração dos tecidos, uma episiotomia pode resolver. A radiografia nem sempre satisfaz e os dados do relatório dos radiologistas nem sempre são verdadeiros; em primeiro lugar está a experiência do partero.

Dr. Boris Blank: É muito frequente que eu seja interrogado por colegas que desejam saber como se resolvem determinados problemas na Argentina, e eu queria lembrar que, nesse país, também há muitas escolas e muitos médicos, de modo que as coisas são feitas de muitas formas. De modo que não posso dar uma impressão unívoca do que se faz na Argentina, onde se faz o mesmo que em qualquer parte do mundo. Na Argen-

tina sempre se faz o trabalho de parto e tenta-se a via baixa; cesárea somente por se tratar de mulher idosa, não constitui método habitual de nenhuma Escola argentina.

Dr. Edgard Braga: Venho de uma Escola de certo modo cesarista, como é a escola de Magalhães, do Rio de Janeiro. O Dr. Eduardo Martins Passos tem um trabalho com um conjunto de observações pessoais e sabe, como bom parteiro, da grande percentagem de partos pélvicos. Julgo que primípara idosa é aquela que tem a ossificação completa da bacia; portanto, acima de 24 anos de idade, todas são idosas. Com a cesárea, nesses casos, vamos diminuir a mortalidade neonatal; em casos de parto pélvico tenho visto crianças que apresentam convulsões, etc.; creio que com a técnica da cesárea baixa não devemos esperar, mas sim intervir logo, pois isso é o melhor, tanto para a família da criança, como para o médico.

Dr. Francisco Cerruti: A comunicação da Dra. Sarah Olympia do Val foi interessante porque nos trouxe a experiência do Serviço do Prof. M. L. Perez e esclareceu bem que os resultados do parto pélvico em primíparas idosas não foram nada animadores. E, realmente, temos a impressão que a maioria dos casos de apresentação pélvica em primíparas idosas devam ser resolvidos por cesáreas, sem se chegar, entretanto, ao exagero de operar a paciente sem esperar, ao menos, o início das contrações uterinas. Parece-nos obrigatório que essas pacientes sejam sempre submetidas à prova de trabalho de parto porque sempre pode haver possibilidade de que algumas primíparas idosas tenham boa elasticidade de tecido, que o colo uterino se dilate facilmente e que a apresentação progrida rapidamente, com possibilidade de um parto pélvico sem traumatismo fetal ou materno. São casos raros, mas podem ocorrer e foi o que ocorreu, há cerca de 2 anos, com uma nossa paciente, primípara de 34 anos; ao chegarmos à maternidade já encon-



tramos o pólo pélvico profundamente insinuado e assistimos a um parto perfeitamente normal com um feto de 3.200 g. Mesmo nos casos que exigem a resolução pela cesárea, e são os mais frequentes, a prova de trabalho de parto tem real valor porque determina a formação do segmento inferior, ocorrência que facilita sobremaneira a execução técnica da intervenção. E' porisso que não obstante considerar a via transpélvica nas primíparas idosas como uma via de exceção não deixamos de submeter tais parturientes à prova de trabalho de parto e, afastando-nos sempre das orientações sistemáticas, procuramos dar a solução clínica adequada a cada caso em particular. O próprio exame radiológico para verificar a existência de desproporção céfalo-pélvica, não fornece a devida precisão e, na clínica, não se pode ter confiança absoluta em seus resultados. Assim é que se, de um lado, a pelvimetria fornece medidas exatas do estreito superior, de outro lado a cefalometria, especialmente nas apresentações pélvicas, é muito imprecisa. Todos sabem que a dificuldade em calcular o tamanho do feto, mesmo com o recurso de raios X, constitui ainda um grande embaraço na assistência a qualquer parto e é, sem dúvida, uma das grandes fontes de erros de indicações operatórias. E, mesmo na hipótese que exista essa boa proporção feto-pélvica, ainda assim não se poderá estabelecer bom prognóstico de um parto pélvico porque o problema do trânsito

transpélvico, não só reside na permeabilidade de dilatação completa do colo. A bacia pode ser ampla mas, com frequência, o colo não se dilata suficientemente para dar passagem rápida da cabeça e o feto sucumbe nas manobras de extração. Tais são as razões porque julgamos que os poucos casos de partos pélvicos em primíparas idosas devem ser resolvidos especialmente com critério clínico à custa de boa semiologia obstétrica, não se confiando excessivamente no exame radiológico.

Dra. Sarah, Olympia do Val: Na Argentina há diferentes Escolas obstétricas, sendo que a do Prof. M. L. Perez é das que não sistematizam nenhum capítulo da obstetria, pondo cada caso à mercê de orientação judiciosa. Como tive ocasião de referir, desde o período de gestação procura-se solucionar o problema tentando-se versão externa como propõe Berutti e Dogliotti (isso quando as gestantes passam os últimos meses na clínica e, por certo, não as que já vêm da rua em trabalho de parto avançado). Quanto ao exame radiográfico para prever a proporção feto-pélvica, também é sistematicamente feita quando as gestantes passam os seus últimos meses de gestação na clínica e quando não se logrou bom resultado com a versão externa. No que se refere às cesáreas, repito, a escola do Prof. M. L. Perez faz Clínica Obstétrica em cada caso; mesmo as primíparas idosas, com a apresentação pélvica, constituem casos que divergem muito entre si.

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA,  
em 28 de abril de 1950

Presidente: Dr. Edgard Braga

**Interpretação do achado de Hemophilus na vagina.** — Drs. José Gallucci, Cosme de Guarnieri e Celeste Fava Neto. — O exame bacteriológico sistemático dos correntes genitais praticado pelos autores revelou, em grande número de casos, a presença de cocobacilos gram-negativos com a morfo-

logia de "Hemophilus". Em virtude das doentes portadoras desse germe não apresentarem, no momento, as lesões ulcerativas que caracterizam a infecção pelo b. de Ducrey, e com a finalidade de verificar se se tratava de infecção por este bacilo, já que há possibilidade de existência de outros

"Homophilus" na flora vaginal, verificaram os autores a reação de Ito-Reenstierna em 40 pacientes, com os seguintes resultados: positivos, 27 (67,5%); negativos, 9 (2,5%); e duvidosos, 4 (10%). Diante destes achados, concluíram os autores que, em 27 casos, existia no corrimento vaginal o "Homophilus lucrey" com capacidade infectante. Pode-se explicar a falta de antecedentes venéreos na grande maioria dos casos, pela incidência de um cancro que tenha passado despercebido. O estado de imunidade orgânica pode estabelecer-se em virtude deste fato desencadeado pela intercorrência de lesões que criam soluções de continuidade na mucosa vaginal (processos inflamatórios, traumatismos). O "Homophilus" passaria, assim, do seu estado de saprofitismo à virulência. Fica ressaltada neste trabalho a importância das portadoras de germes.

**Comentários — Dr. Domingos Lerário:** O Dr. Cosme de Guarnieri referiu que, dos 40 casos que acompanhou, 14 apresentavam "Homophilus" isoladamente no corrimento vaginal. Gostaria que nos esclarecesse quanto aos 14 casos, qual a proporcionalidade entre corrimento e o grau de positividade da reação de Ito. Pergunto, também, qual a evolução dos casos, qual o tratamento tentado e qual a influência desse tratamento sobre o corrimento ou modificação da reação de Ito?

**Dr. Cosme de Guarnieri Neto:** Todas as 14 pacientes tinham queixa de corrimento e verificamos que, nos 14 casos, havia processo de cervicite. Após cauterização do colo o corrimento cessou, de modo que não poderíamos tirar a conclusão de que o "Homophilus" fosse o responsável pelo corrimento, porque, eliminada a outra patologia que era a cervicite, o corrimento desapareceu. Ginecológicamente falando, estamos em desacôrdo com os achados do Dr. Celeste Fava Neto, em relação aos seus dois casos de uretrite masculina: dos 14 casos em que foi isolado "Homophilus", não anali-

samos à parte a estatística da reação de Ito, o que não nos permite responder à pergunta do Dr. Domingos Lerário; poderíamos fazê-lo após rever as 60 observações por nós computadas.

**Sinais radiológicos do descolamento prematuro da placenta normalmente inserida — Drs. Antônio dos Santos Clemente Filho e Jorge Tavares —** Referiram-se os autores ao sinal já descrito por Snow — abaulamento circunscrito do contórno da sombra uterina — e a outros sinais de sua observação, que permitem o diagnóstico de descolamento placentário: aumento localizado da opacidade da sombra uterina, aumento das dimensões da sombra uterina, recalçamento do feto encontrado em 100% dos casos e sinais de óbito fetal. Foi utilizado o material da Casa Maternal da Infância D. Leonor Mendes de Barros.

**Comentários — Dr. José Galucci:** Pergunto se, baseados nestes casos, poderíamos chegar à conclusão de que é possível fazer o diagnóstico de um descolamento prematuro da placenta? Pergunto, também, se é possível o diagnóstico tendo como base o raio X? Pergunto enfim se haveria vantagem nesse diagnóstico porque, a meu ver, não havendo necessidade de intervenção, esse trabalho teria, sem dúvida, valor científico, mas não teria valor prático. Quero ainda frisar que tive a oportunidade de consultar mais de 120 trabalhos sobre esse assunto e não encontrei nada sobre o ponto de vista radiológico, a não ser no livro do Prof. Raul Briquet.

**Dr. Francisco Cerruti:** O trabalho é interessante, pois vem contribuir para o estudo do descolamento prematuro da placenta normalmente inserida, cujo diagnóstico clínico é, por vezes realmente difícil. Esse recurso radiológico torna-se útil no diagnóstico diferencial entre o hidrânio agudo e certos casos de descolamento em que a hemorragia externa é muito discreta e, mesmo, inexistente. A esse respeito lembro-me de um ca-

# XANTINON

## FATORES — LIPOTROPICOS

### AMPOLAS

Cada ampola de 2 cm <sup>3</sup> contem:		Cada ampola de 5 cm <sup>3</sup> contem:	
Xantina .....	0,0005 g	Xantina .....	0,00125 g
Metionina .....	0,008 g	Metionina .....	0,020 g
Cloridrato de colina .....	0,050 g	Cloridrato de colina .....	0,050 g
Fração L. de Wilson, fração anti-tóxica hidrossolúvel ...	1 cm <sup>3</sup>	Fração L. de Wilson, fração anti-tóxica hidrossolúvel ...	2,5000 cm <sup>3</sup>
Fatores Lipotrópicos hepáticos .....	2 cm <sup>3</sup>	Fatores Lipotrópicos hepáticos .....	5 cm <sup>3</sup>

### DRÁGEAS

#### Fórmula por drágea:

Lipocaico (equivalente a 5,0 g de pâncreas) ..	0,100 g
Metionina .....	0,100 g
Inositol .....	0,050 g
Cloridrato de Colina .....	0,020 g
Sulfato de Manganês .....	0,001 g
Concentrado de fígado (fração alcool-insolúvel equivalente a 5,0 g de órgão fresco) ....	0,050 g
Excipiente .....	0,330 g

**INDICAÇÕES** — Desintoxicante nos tratamentos pelos sulfonamídicos, arsenobenzois e demais medicamentos da ação tóxica. Nos processos de degeneração gordurosa do fígado, proveniente de afecções tóxico-infecciosas. No pré e post-operatório. Insuficiência hepática em geral. Estados alérgicos. Medicação lipotrópica.

**MODO DE USAR** — 1 a 2 ampolas de 2 cm<sup>3</sup> ao dia, ou 1 de 5 cm<sup>3</sup>, segundo critério médico.  
Drágeas — 3 a 4 ao dia.

**APRESENTAÇÃO** — Caixas com — 3 ampolas de 2 cm<sup>3</sup>  
6 ampolas de 2 cm<sup>3</sup>  
3 ampolas de 5 cm<sup>3</sup>  
Hospitaleres  
24 drágeas em vidro  
Hospitalar com 250 drágeas

## LABORATÓRIO XAVIER

JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.

Rua Conde do Pinhal, 52 — Rua Tamandaré, 553  
SAO PAULO — BRASIL

DEPÓSITOS: { Rio de Janeiro  
                  { Porto Alegre  
                  { Belo Horizonte

REPRESENTANTES NOS DEMAIS ESTADOS

Consultores científicos:

Prof. Dr. DORIVAL DA FONSECA RIBEIRO e Prof. Dr. GENESIO PACHECO

so de hidrânio agudo que acompanhei no Serviço do Prof. Alvaro Guimarães Filho, e cujo reconhecimento clínico foi muito difícil, pois, à palpação, a superfície uterina era tão dolorosa e tão tensa que simulava o quadro do descolamento. Certamente, a pesquisa dos sinais radiológicos descritos pelos autores teria elucidado o caso. Durante sua exposição, o Dr. Antônio dos Santos Clemente Filho referiu-se ao sinal do "abaulamento circunscrito" e, ouvindo-o, pensava eu numa saliência que deformasse, mais ou menos nitidamente, a superfície do útero, exatamente em correspondência com a implantação da placenta descolada. Esse abaulamento, assim delimitado, não seria, aliás, facilmente compreensível, em vista da hipertonia do maiométrio, característica do descolamento da placenta; é difícil conceber um abaulamento localizado num útero duro e rijo, sede de uma contratura generalizada. E, de fato, nos esquemas projetados, não observei o aspecto que a denominação do sinal me havia sugerido. Eis porque solicitaria que o Dr. Antônio dos Santos Clemente Filho explicasse no que consiste esse sinal e justificasse a designação que lhe foi dada, de "abaulamento localizado". Quanto ao mecanismo de produção do sinal de Spalding, penso que ele deve se interpretar de modo diferente daquele que estamos habituados a aceitar como traduzindo morte fetal simples. Assim, nesta última eventualidade, o acavamento frontoparietal pode ser explicado, exclusivamente, por uma diminuição da tensão intracraniana, que se vai acentuando com o decorrer dos dias; no descolamento prematuro da placenta prévia normalmente inserida, essa deformação da abóbada craniana seria determinada pelo grande aumento da tensão intra-uterina, que caracteriza a referida síndrome hemorrágica. No descolamento placentário, o sinal de Spalding não indica óbito fetal, mas a compressão determinada pelo grande aumento de pressão que se estabelece, bruscamente, na câmara ovular.

Dai porque, no descolamento da placenta, se manifesta precocemente e seu aparecimento é quase concomitante com a eclosão da síndrome hemorrágica. Ao contrário, o sinal de Spalding indicativo de morte fetal é tardio; só aparece após 5 ou 6 dias e é tanto mais pronunciado quanto mais antigo for o óbito. Para finalizar esses comentários que nada mais trazem senão o interesse em mim despertado por essa comunicação, desejaria chamar a atenção para o valor dos sinais radiológicos que auxiliam o diagnóstico, especialmente o do recalçamento fetal e o do aumento de opacidade da sombra uterina e lembrar, ainda, que eles foram descritos pela primeira vez pelos autores. Cumprimentando os Drs. Antônio dos Santos Clemente Filho e Jorge Tavares pela originalidade e prioridade do trabalho, desejo estender minhas congratulações à Instituição onde o estudo foi elaborado — a Casa Maternal — que vem firmando o mais alto conceito como centro assistencial e científico.

Dr. Antônio dos Santos Clemente Filho: Ao Dr. José Gallucci respondendo que, com esta série pequena de casos, não posso garantir que o diagnóstico seja possível em 100% dos casos. No meu ponto de vista, creio que o diagnóstico é possível com um nível razoável de certeza. Quanto ao que disse o Dr. Francisco Cerruti, foi muito bem lembrada a questão do hidrânio e eu, lembraria, também, a placenta prévia. Não sei se, do ponto de vista clínico, esses casos podem suscitar dúvidas, mas a radiologia esclarece com muita certeza se se trata de um ou de outro caso. O abaulamento circunscrito é, de fato, da parede uterina; vê-se um ângulo curvilinear, há uma quebra do contorno normal, há mesmo um abaulamento da parede uterina. Para mim causa surpresa esse comentário porque Snow diz que, clinicamente, se palpa esse abaulamento e, nas pessoas obesas, este autor utilizava o raio X. Quanto à explicação do abaulamento, parece que ele seria de-



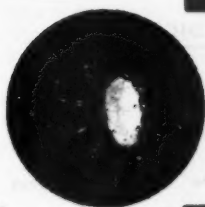
*Amino-acetato de alumínio*

*Novatropina*

*Fenobarbital*



**ALUTROPIN**



UMA ULCERA GASTRICA ENTRE  
DOIS ATAQUES DECISIVOS

**HISTAVIT**



*procaína*

*Novatropina*

*Vitamina C*

*Histidina*



**LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.**

Rua Tamandaré, 376 — Fone, 6-4572

SÃO PAULO

**ALERGO-FILINAL** 

UM ANTI-HISTAMINICO  
POTENCIALIZADO  
E  
MELHOR TOLERADO

INDICAÇÕES:

Eczemas, urticárias, febre do feno, edema angio-neurótico, alergias alimentares, hipersensibilidade medicamentosa, doença do soro, asma, vômitos incoercíveis da gravidez, enjões de viagem, resfriados comuns.

**ALERGO-FILINAL** 



**LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.**

Rua Tamandaré, 376 — Fone, 6-4572  
SÃO PAULO



vido ao edema da parede uterina e não ao aumento da pressão recalcando essa parede. A respeito do sinal de Spalding, de fato creio

ter dito que este sinal é indicativo da morte fetal. Há ainda os falsos sinais de Spalding, relatados com muita frequência.

#### SECÇÃO REGIONAL DE BARRETOS, em 9 de maio de 1950

Presidente: Dr. Wilson Ferreira de Mello

**Punção suboccipital** — Dr. Aldemar de Meira — O autor, após breve resumo histórico sobre a punção occipital, abordou a anatomia da região, ilustrando-a com projeções de esquemas, e disse-rou sobre a técnica, adotando a de Oswaldo Lange. A seguir, analisou o material usado para a punção, apresentando duas agulhas de bozel curto, finas e de material inquebrável e maleável. Depois de dar as indicações da punção suboccipital no diagnóstico e na terapêutica e citar as vantagens do seu uso em relação à punção raquiana lombar, lembrou os perigos e possíveis acidentes na realização da punção, que podem ser evitados com a adoção de uma técnica rigorosa. Finalmente, apresentou uma estatística incipiente de apenas 12 punções suboccipitais para fins diagnósticos e terapêuticos, todas efetuadas sem acidentes.

Fizeram comentários os Drs. Parassu de Carvalho, Rubens Paulo de Andrade, Wilson Ferreira de Mello e Astolfo de Araujo.

**Abdome agudo causado por invaginação ileocecóica** — Dr. Aldemar de Meira — O autor apresentou o caso de um paciente que foi submetido a duas intervenções: a primeira realizada para a redução da invaginação, seguida de apendicectomia. Foi verificada, nessa intervenção, a presença de um tumor cecal (motivo da invaginação). O aspecto do tumor denunciava um processo específico. O exame anátomo-patológico de um gânglio extirpado durante o ato cirúrgico mostrou tratar-se de tuberculose do ceco. Foi, depois, feito o exame radiográfico dos pulmões e a pesquisa de bacilos de Köch no escarro, sendo os resultados positivos para tuberculose. Algum tempo depois, bem preparado o paciente, foi realizada a segunda operação — hemicolec-ctomia direita com ileo-transversostomia término-terminal — em um só tempo. O pós-operatório foi perturbado, no 4.º dia, por um surto febril em virtude do recrudescimento do processo pulmonar. Com o uso da estreptomicina, caiu a temperatura e o paciente deve alta cirúrgica após 8 dias, bem disposto e evacuando normalmente.

### Sociedade Médica São Lucas

SESSÃO DE 19 DE ABRIL DE 1950

Presidente: Dr. Nogueira Martins

**Queimaduras** — Dr. Dorival Pimentel Queiroz. (Comunicação clínica enviada pelo A. e lida pelo secretário na sessão de 19 de abril). — Trata-se de um caso interessante de queimaduras produzidas numa explosão de formicida, em que se produziu uma área de

cerca 70% de destruição cutânea, com 30% de queimaduras de 3.º grau. A doente faleceu no 8.º dia, depois de ter passado relativamente bem e de já estar com as queimaduras praticamente cicatrizadas com o uso local de pasta de alumínio, associado a medicação

geral. O dr. Pimentel de Queiroz refere que tem obtido muito bons resultados com o uso local do alumínio nos casos de queimadura.

A apresentação mereceu comentários de vários consócios.

**Programa de trabalhos científicos.** — Dr. Eurico Branco Ribeiro — O A. discorreu sobre a organização de um programa de trabalhos científicos. Acentuou as vantagens de uma produção científica planejada e discorreu sobre vários itens

a que deve obedecer o planejamento. Expôs a preocupação dos diretores do Sanatório São Lucas de estimular a produção científica, citando as facilidades apresentadas pelo ambiente hospitalar e as falhas observadas.

Assinalou, por fim, o papel do orientador de um plano de trabalhos científicos. O assunto foi largamente debatido pelos Drs. Nogueira Martins, Jacy Quadros, Adelar Russi, Carlos Ferreira da Rocha e Paulo Bressan.

#### SESSAO DE 3 DE MAIO DE 1950

Presidente: Dr. Nogueira Martins

**Mieloma múltiplo com fratura patológica do fêmur** — Dr. João Sonleithner — O A. apresentou a observação de um caso de mieloma múltiplo com fratura patológica do fêmur. Citou os vários exames executados e descreveu a operação realizada, que consistiu em curetagem do foco e colocação de gesso. O exame histopatológico fez crer num mieloma, mas o esfregaço do sangue indicou mielose leucêmica e a radioterapêutica interpretou as radiografias como sendo de um sarcoma de Erving. O A. discorreu sobre os tumores ósseos, discutindo a sua classificação. Deteve-se na doença de Kähler, apresentando a sua sistematologia. Explicou a reação patognômica de Bence Jones (albumina precipitável a 60 graus na urina) dissolvendo-se a 100 graus). Prognóstico fatal, a luz de nossos conhecimentos atuais.

A radioterapia dá alívios e prolonga a-vida. Discutiu o diagnóstico diferencial com o sarcoma de Erving. O aspecto em "pele de cebola", ao exame radiológico seria específico desta afecção, segundo os clássicos. O sarcoma de Erving pode dar cima, o que não acontece com o mieloma múltiplo, que em geral ataca a diáfise dos ossos longos. Na discussão, o dr. Jacy Quadro referiu-se ao aspecto radiológico dos tumores ósseos e o Dr. Eurico Branco Ribeiro falou sobre o diagnóstico diferencial

sobre diversos aspectos. O Dr. Nogueira Martins apresentou um caso de moléstia de Cristian, ante-ontem examinado no São Lucas.

**Raqueanestesia protelada** — Dr. Orlando Bertolli — O A. falou sobre a raqueanestesia com substância de retardo. Discorreu em geral sobre o uso das substâncias que retardam a absorção dos medicamentos, citando vários trabalhos experimentais. A associação Seurocaina-Subitosan foi ensaiada no serviço cirúrgico do Dr. Eurico Branco Ribeiro e sua ação observada pelo Autor que acompanhou 116 casos de raqueanestesia. Classificou esses casos e deu o tempo médio de anestesia. Indicou a técnica usada e as recomendações decorrentes da experiência feita. O dr. Waldemar Machado referiu alguns casos em que usou o Subitosan-Seurocaina e fez considerações sobre a cefaléia posoperatória. O Dr. João Sonleithner falou sobre as falhas da raqueanestesia. O Dr. Nogueira Martins referiu-se ao controle do tempo de anestesia. O Dr. Saldanha Faria referiu-se à influência do fator atmosférico na moléstia da raquecentese. O Dr. Eurico Branco Ribeiro focalizou a questão da cefaléia, mostrou as razões de sua preferência pela associação Subitosan-Seurocaina e concluiu por aconselhar a adoção desse processo de anestesia. O dr. Orlando fez ainda considerações sobre os seus casos.

*Entre os antialérgicos atuais  
salienta-se o*

# TRIMETON

(maleato de profenpiridamina)

O TRIMETON é bastante mais ativo que outros anti-histamínicos existentes, determinando melhoras rápidas e prolongadas em numerosas manifestações da natureza alérgica, como: *urticária, dermatite por contato, edema de Quincke, prurido essencial, eczemas, rinite vasomotora, asma brônquica, febre do feno, enxaqueca, hipersensibilidade medicamentosa.*

## TRIMETON

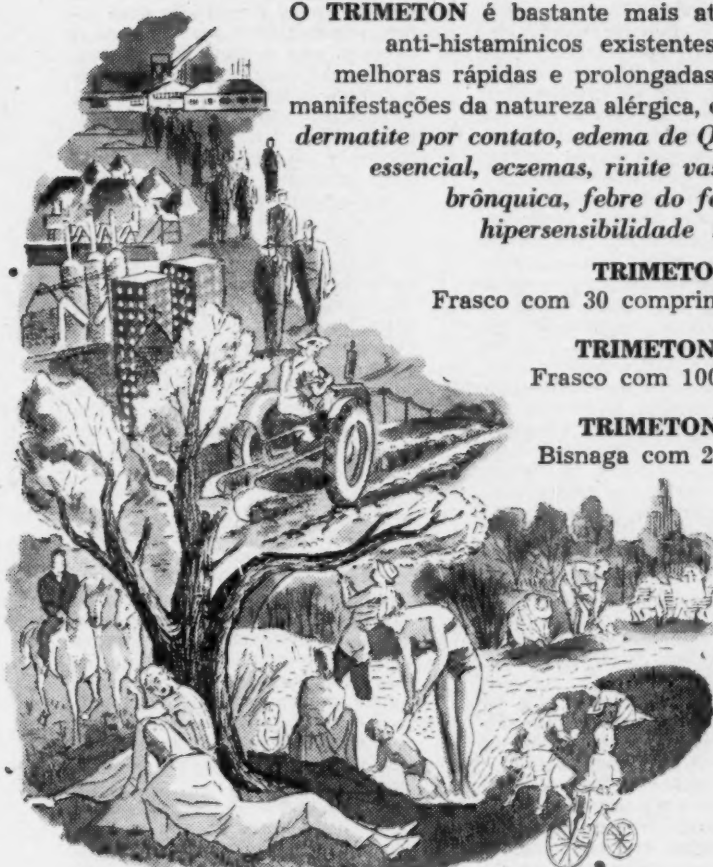
Frasco com 30 comprimidos de 25 mg

## TRIMETON INFANTIL

Frasco com 100 cm<sup>3</sup> em elixir

## TRIMETON - POMADA

Bisnaga com 20 gramas a 3 %



*Schering*

INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA SCHERING S/A  
RIO DE JANEIRO  
SÃO PAULO • P. ALEGRE • RECIFE • BELO HORIZONTE • PORTALEZA  
JUIZ DE FORA

## Sociedade Médica do Serviço do Prof. Celestino Bourroul

SESSÃO DE 3 DE JULHO DE 1950

Presidente: Dr. R. Zuicker

**Febre maculosa** — Drs. José de Toledo Piza, J. J. de Macedo, E. Lemos Monteiro, C. Haberdeck Brandão e L. Pereira Barreto Neto — Os AA. apresentaram uma nota acerca da "Associação da Aureomicina, por via parenteral a Cloromicetina administrada por via oral, no tratamento da Febre Maculosa", tendo sido relator do trabalho o dr. J. Toledo Piza.

A aplicação dos antibióticos no tratamento das doenças infecciosas abriu novos horizontes na terapêutica de moléstias até agora tratadas sintomaticamente apenas.

E' o caso da Febre Maculosa, terrível epidemia transmitida por carrapatos, que ocasiona a morte de 80% a 100% das pessoas atingidas. A descoberta da Aureomicina e do Cloromicetina, poderosos antibióticos, veio modificar totalmente esse trágico panorama. A ação desses medicamentos é tão intensa sobre os germes das febres exantemáticas, grupo de moléstias onde está enquadrada a Febre Maculosa, que pode ser considerada específica.

Entretanto, enfrentamos no Brasil um serio tropeço para que seja aproveitada integralmente essa admirável conquista da ciência: é que o tratamento entre nós inicia-se quasi sempre tardiamente, pois os atingidos pelo gravissimo mal são atendidos quando já se acham na segunda semana de moléstia. E é justamente esse período critico, pois sucumbe a maioria deles antes de atingir que, mesmo dispondo dessas drogas, verdadeiramente milagrosas, seja extremamente difficil baixar a elevada media de letalidade que apresenta entre nós a Febre Maculosa: mais de 80%. Para atender a essas condições especialissimas, é de capital importância que a medicação adequada

haja prontamente. Ora, sabe-se que, tanto a Aureomicina quanto a Cloromicetina são preparadas para serem administradas por via oral, e também, que a ingestão de qualquer medicação pelos doentes, quasi sempre, como salientamos, já em estado semi-comatoso, é extremamente difficil. Além disso, há a considerar a dificuldade de absorção pelo aparelho digestivo, muito comprometido, em geral, nesse estado.

Em experiência realizadas no Instituto Butantan, J. J. Macedo, chefe da Secção de Virus e Rickettsias desse Instituto, C. Haberbeck Brandão, do Instituto Adolfo Lutz, e E. Lemos Monteiro, do Departamento de Microbiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, conseguiram após longa série de trabalho, tratar, com pleno êxito, cobaias infectadas experimentalmente com Febre Maculosa por meio de injeções de Aureomicina. Para isso, tiveram que modificar o produto preparado para uso oral exclusivamente, de tal modo que se mostrasse inteiramente inocuo quando administrado parenteralmente, e, o que é de capital importância, sem perder nenhuma de suas preciosas qualidades terapêuticas. Os resultados dessa experimentação foram enviados ao V Congresso Internacional de Microbiologia, a reunir-se em agosto vindouro, no Rio de Janeiro.

Coroadas de êxito as experiências e desejosos de pôr em prática o que haviam obtido no laboratório, procuraram os drs. José Toledo Piza e prof. Luiz Pereira Barreto Neto, do Hospital de Isolamento Emilio Ribas, os quais há anos vêm se dedicando à profilaxia e tratamento dessa enfermidade, para expor-lhes os resultados

dos trabalhos e estudar a possibilidade da aplicação "in anima nobili".

Antes de decorrer muito tempo, surgiu uma oportunidade excepcional para comprovar a eficiência e inocuidade das injeções de Aureomicina: entrou no Isolamento um menino atingido pela Febre Maculosa, havia mais de uma semana, encontrando-se já em estado desesperador, sem nenhuma esperança de salvação. Solicitaram aos drs. Toledo Piza e Pereira Barreto que dada a suma gravidade do caso e o sombrio prognóstico que apresentava, tentassem tratar o menino pelas injeções intramusculares de Aureomicina que prepararam especialmente para administração por essa via, pois aqueles facultativos consideravam o caso perdido, porquanto o doentinho não respondeu absolutamente à terapêutica que lhe tinha sido instituída.

Logo à primeira injeção de 60 mg. praticada, o resultado foi admirável, caindo a febre em algumas horas; aplicadas mais três in-

jeções, perfazendo um total de 680 mg., a cura estabeleceu-se de modo seguro e o menino entrou em fase de franca convalescença.

Está claro que os autores são os primeiros a reconhecer que um só caso não é suficiente para dizer-se que ao processo instituído deve-se, exclusivamente, a cura relatada. Porém, o que é necessário salientar é o seguinte: a possibilidade de fazer-se a administração da Aureomicina por via parenteral sem o menor inconveniente, próximo ou remoto, como ficou plenamente demonstrado. Além disso, deve-se levar em conta que, corroborando as verificações experimentais, a quantidade de antibiótico injetada é infinitamente menor do que a administrada por via oral para obter-se resultado idêntico.

Parece, pois, que surgem novas possibilidades de tratamento para moléstias sensíveis à ação da Aureomicina quando administrada por via parenteral.

## Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

SESSÃO EM 1.º DE JULHO DE 1950

Presidente: Dr. Ayres Netto

**Ortopedia reconstrutora** — Prof. Francesco Delitala — Esteve, em visita a esta Capital, como convidado da Reitoria da Universidade de S. Paulo, o prof. Francesco Delitala, catedrático de Ortopedia da Universidade de Bolonha.

No dia 1 de julho, o ilustre cientista italiano foi recebido em sessão solene da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, realizada sob os auspícios da Santa Casa de Misericórdia, no salão nobre do seu Hospital Central.

A sessão foi aberta pelo dr. Ayres Netto, diretor clínico da Santa Casa de Misericórdia de S. Paulo, que deu, em seguida, a palavra ao dr. Renato Bomfim, que saudou o prof. Francesco Delitala.

O prof. Delitala proferiu uma brilhante conferência, na qual demonstrou o quanto alcançam o arrojo e a segurança das técnicas cirúrgicas reconstrutoras ortopédicas, atualmente capazes de substituir com uma endoprotese metálica os grandes segmentos ósseos, criando semi-articulações metálicas, artificiais. Depois, discorreu sobre outro método próprio, a osteosíntese intra-medular com enxerto ósseo no tratamento das fraturas e pseudo-artroses. Ambos os assuntos foram ilustrados com projeções de fitas, documentando a técnica pessoal do conferencista, o qual, ao concluir, foi muito aplaudido.



## Centro de Estudos do Hospital de Juquerí

SESSAO DE 5 DE JULHO DE 1950

**A arte nos alienados** — Dr. Osório Cesar — Realizou-se no dia 5 de julho no salão nobre do Hospital de Juquerí, às 9 horas da manhã, uma conferência do dr. Osório Cesar, sob o título — “Contribuição ao estudo da arte nos alienados”.

Tratou-se de uma apresentação prévia do trabalho que deverá ser

relatado no Congresso Internacional de Paris, juntamente com a exposição de uma parte da coleção de obras de arte de alienados selecionadas pelo conferencista durante mais de 20 anos de pesquisas nesse setor. Para esse fim o Centro de Estudos reuniu-se em sessão extraordinária e após a exposição do conferencista houve debates sobre o tema.

## Outras Sociedades

**Associação Paulista de Medicina**, Departamento de Higiene e Medicina Tropical, sessão de 4 de julho de 1950, ordem do dia: 1) Dr. Luiz Morato Proença — Aspectos da luta contra os insetos do homem e do domicílio, na Itália (Serviço do Prof. Missiroli); 2) Drs. Renato R. Correa e Firmino de Oliveira Lima — Antropofilia do *Anopheles albitalis* domesticus.

— Departamento de Neuro-Psiquiatria, sessão de 5 de julho de 1950, ordem do dia: 1) Dr. Carlos da Silva Lacaz — Sequelas neuro-psíquicas da eritroblastose fetal; 2) Dr. Roberto Melaragno Filho — Aspectos neurológicos do “Kernicterus”.

— Departamento de Dermatologia e Sifilografia, sessão de 11 de julho de 1950, ordem do dia: 1) Dr. Benjamin Zilberberg — A propósito de uma forma recidivante do eritema elevatum e diutinum, evoluindo em período de 20 anos e curados pela gonadotropina sérica; 2) Drs. Luiz Marino Bechelli e Luiz Batista — Considerações sobre um caso de úlceras crônicas do tronco de etiologia indeterminada.

— Departamento de Pediatria, sessão de 12 de julho de 1950, or-

dem do dia: 1) Prof. Domingos Delascio e Dr. Pedro Refinetti — Toxoplasmose congênita.

— Departamento de Medicina, sessão de 13 de julho de 1950, ordem do dia: 1) Drs. Bernardino Tranches, Marcos Fábio Lion, Israel Nussenzveig, e João Tranches — Agenesia do rim esquerdo. Glomerulo-Nefrite difusa aguda do rim direito com a morte em Uremia; 2) Drs. Ennio Barbato, Francisco Pinto Lima, Geraldo Merlino, Eduardo Cotrim e Otávio Moraes Dantas — Coração pulmonar crônico na esquistossomose; 3) Drs. Helio Lourenço de Oliveira e Licio Marques de Assis — Evolução da síndrome nefrótica sob o efeito do ACTH; 4) Drs. Murilo Azevedo e José Jorge Machado — Ação de alguns antibióticos sobre o rim rabico.

— Departamento de Otorrinolaringologia, sessão de 17 de julho de 1950, ordem do dia: 1) Dr. Otacilio Lopes — A dor no postoperatório de amidelectomia; 2) Dr. Silvio Marone — Corpo estranho do nariz e acidente do trabalho.

— Departamento de Patologia, sessão de 18 de julho de 1950, ordem do dia: 1) Dr. Darcy Vilela Itiberê — Interpretação clínica das

# GLICOSÔRO *moderno*

## VITAMINADO



STUDIO ERICO

### SÔRO TÔNICO NUTRITIVO E ANALÉPTICO

CADA EMPÔLA DE 5 c. c. CONTÉM:

GLICEROFOSFATO DE SÓDIO . . . .	0,20 gr.
CACODILATO DE SÓDIO . . . . .	0,05 gr.
SULFATO DE ESTRICNINA . . . . .	0,001 gr.
SÔRO GLICOSADO . . . . .	5 c. c.

CADA EMPÔLA DE 1 c. c. CONTÉM:

VITAMINA B1 . . . . .	0,033 gr.
-----------------------	-----------

QUANDO HOUVER CONTRA-INDICAÇÃO À ESTRICNINA DEVE SER PREFERIDO GLICOSÔRO B "SEM ESTRICNINA"

**LABORATÓRIO GROSS • RIO DE JANEIRO**

provas de função renal; 2) Dr. Otávio Gernek — Conceito e técnica da realização da prova de depuração ureica.

— Departamento de Urologia, sessão de 25 de julho de 1950, ordem do dia: 1) Dr. Roberto Rocha Brito — Urologia infantil; 2) Dr. José M. Cabelo Campos — Da insuflação retroperitoneal do diagnóstico das neoplasias e anomalias renais; 3) Dr. José Taliberti — Nefrectomia por sarcoma do rim. Considerações a propósito de um caso; 4) Dr. Darcy Vilela Itiberê — Calculose prostática.

— Departamento de Tisiologia, sessão de 26 de julho de 1950, ordem do dia: 1) Drs. Paulo Vilhena de Moraes e Caio Celidonio — Operações de acobeus e lesões tuberculosas subpleurais; 2) Dr. Fernando Chammass — Radiologia das neumopatias agudas.

— Departamento de ginecologia obstétrica, sessão de 28 de julho de 1950, ordem do dia: 1) Prof. Raul Briquet — Impressões do IV Congresso Internacional de Ginecologia e Obstetria; 2) Dr. Victor Spina — Neoareoloplastia da mama, com transplante do pequeno labio; 3) Estudo sobre a fertilidade humana.

— Departamento de Anestesiologia, sessão de 31 de julho de 1950, ordem do dia: 1) Dr. Renato Takaoka — Primeiras observações sobre o uso do Pulmotor em anestesia em S. Paulo; 2) Dr. Antonio Pereira de Almeida — Apresentação de uma caso de síncope cardíaca no decorrer da anestesia pelo ciclopropano; 3) Dr. Reynaldo Neves Figueiredo — Relato de um caso de explosão durante anestesia pelo Ciclopropano.

**Centro de Estudos da Maternidade**, sessão de 20 de julho de 1950, ordem do dia: 1) Dr. E. Martins Passos — A questão da localização do recém-nascido. Críticas e sugestões de acordo com novas observações na América do Norte. Possibilidades de nova orientação.

**Centro de Estudos dos Médicos da Divisão do Serviço de Tuberculose**, sessão de 29 de julho de 1950, ordem do dia: 1) Drs. Gabriel Botelho, Alberto Chafchap, Horácio Lima Pereira e Osvaldo Valle Cordeiro — A Pneumonec-tomia na tuberculose infantil; 2) Dr. Giovanni Petragani — Sobre algumas particularidades biológicas do bacilo de Koch.

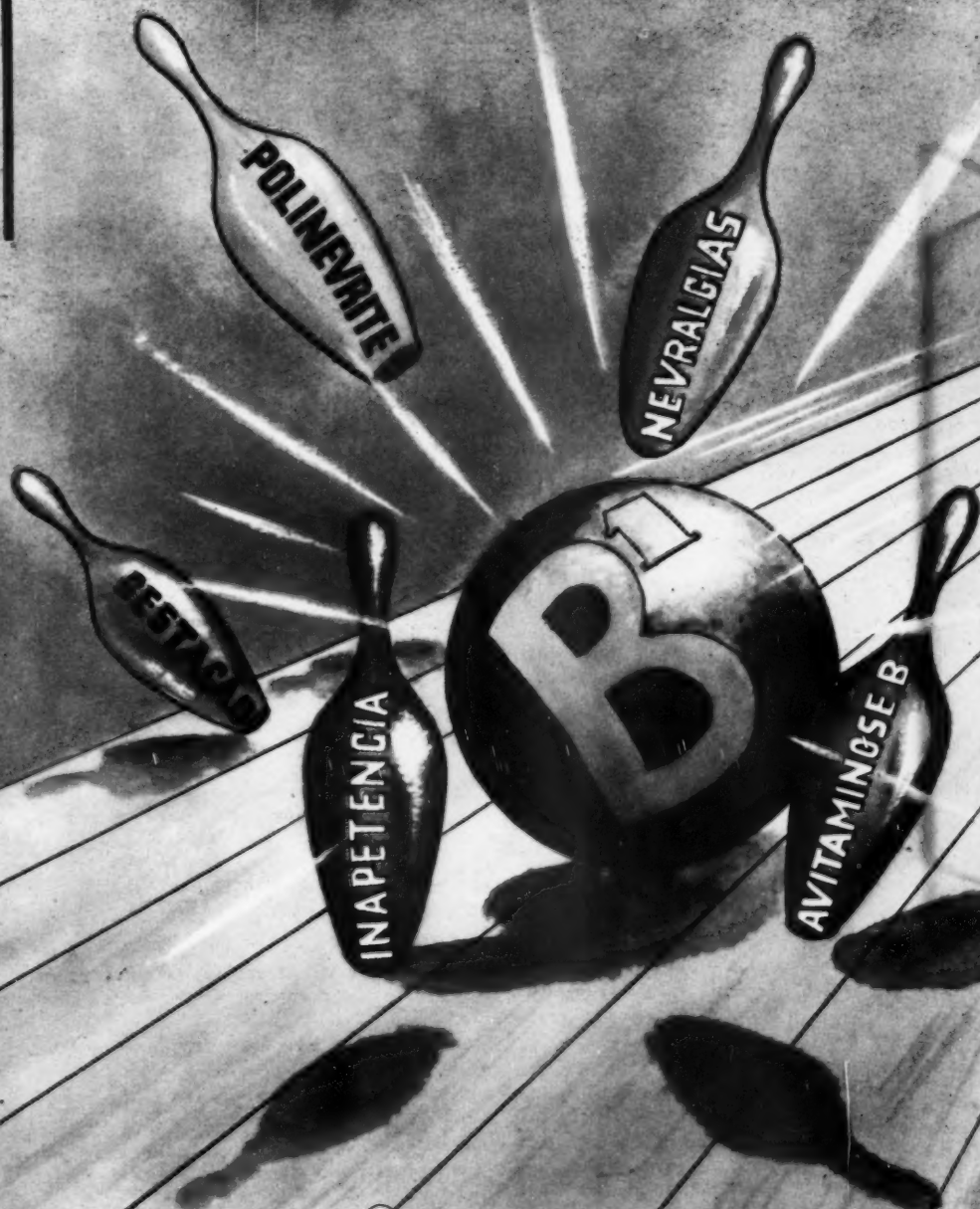
**Centro de Estudos Médicos Santa Joana**, sessão de 16 de julho de 1950, ordem do dia: 1) Hormônios bioquímicos e neuroglandulares, nas síndromes (Hipertensão e reumatismo) — Prof. José Dutra de Oliveira.

**Centro de Estudo de Oftalmologia**, sessão de 11 de julho de 1950, ordem do dia: 1) D. J. Mendonça de Barros — Continuação do curso de Biomicroscopia ocular; 2) Dr. Valter Maffei — Continuação do curso de Anatomia patológica ocular.

**Hospital de Juqueri**, sessão de 7 de julho de 1950, ordem do dia: 1) Dr. Stanislaw Krynski — Formas clínicas da oligofrenia; 2) Dr. Milton Sabbag — Paralisia geral forma esquizomorfa. Aparente remissão ao cardiazol. Apresentação de um caso.

**Hospital Psiquiátrico Pinel**, sessão de 7 de julho de 1950, ordem do dia: 1) Psicose com hipertensão arterial. Comentários em torno de dois casos — Dr. Darci Mendonça Uchôa 2) Considerações sobre um caso de tumor cerebral — Dr. José Bettiglieri.

**Manicômio Judiciário**, sessão de 29 de julho de 1950, ordem do dia: 1) Atentado ao pudor. Psicopatia — Dr. Henrique Levy; 2) Atentado ao pudor. Surto delirante em psicopata — Dr. Ernani Bernardino; 3) Homicídio e tentativa de homicídio. Esquizofrenia — Dr. Mauricio Amaral; 4) Roubo. Exame mental negativo — Dr. José da Conceição Ferraz de Sales; 5) Homicídio. Síndrome delirante — Dr. Carlos Mesquita de Oliveira; 6) Considerações sobre alguns



LABORATORIO

*Panitas*

DO BRASIL, S.A.

AVENIDA LINS DE VASCONCELOS 3.420 - TELEFONE 7-0253

# VITAMINA B<sup>1</sup>

Nossos conhecimentos sobre a intimidade do mecanismo de ação da vitamina B-1 evoluíram rapidamente, e hoje sabe-se do papel importante que desempenha nos processos de oxidação nos tecidos, onde funciona como cocarboxilase, nos processos de descarboxilação do ácido pirúvico, AUHAGEM, após prévia fosforilação, SCHUSTER.

Os efeitos dominantes da deficiência de tiamina são: lesões do sistema nervoso, dilatação e disfunção do coração, edema em certos casos, perturbações gastro-intestinais, atrofia muscular e anorexia.

A **anorexia** é um dos primeiros sintomas observáveis da carência vitamínica. Não há deficiência vitamínica conhecida que se acompanhe de inapetência tão intensa.

A melhora do apetite quando a inapetência é devida à deficiência de vitamina B-1 faz-se sentir rapidamente, mesmo dentro de 24 horas.

Há numerosas experiências que demonstram que a dieta de crianças pode ser consideravelmente melhorada pelo uso da vitamina B-1. Há fortes indícios de que a anorexia tão frequente nos primeiros anos de vida se prenda à uma deficiência de vitamina B1 (BARTLET), pelo menos em muitos casos.

Segundo MORGAN and BARRY, é muito provável que haja uma relação entre o decréscimo de complexo B na dieta e a anorexia, nervosismo, constipação e provavelmente outras perturbações gastro-intestinais nas crianças.

Algumas condições em que a vitamina B-1 encontra justificativa de emprego são as seguintes, naturalmente com exclusão do beri-beri onde o emprego é evidente.

Em primeiro lugar devemos destacar, pela sua frequência, a neurite da gestação, que frequentemente, como acentua WHITFIELD, acompanha os vômitos, condição em que a nutrição é claramente prejudicada. Acresce notar, como frisam PLASS e MENGERT, que nestes casos é muito usual como medida terapêutica forçar a ração glucídica, que ainda aumenta as exigências de vitamina B-1.

Nas neurites alcoólicas os trabalhos de SHATTUCK, BLANKENHORN e SPIES demonstraram perfeitamente a carência de vitamina B-1 e os benefícios de seu emprego nessas condições.

O mesmo se deve dizer das **neurites tóxicas** pelo chumbo e pelo arsênico, durante o tratamento intensivo da sífilis, e das neurites do trigêmio.

Nas **moléstias febris de longa duração** em que o metabolismo geral está aumentando. Nas **perturbações intestinais**, com comprometimento de absorção.

Segundo WEISS e WILKINS a vitamina B-1 dá bons resultados em disfunções **cardíaco vasculares**.

MEANS e colaboradores acentuam o valor da tiamina nas tireotoxicoses, quando seu consumo é exagerado em virtude do aumento de metabolismo que então se verifica.

Não se pode esquecer o detalhe importantíssimo de que não fazemos reservas de vitamina B-1, de sorte que seu uso deve ser constante.

**APRESENTAÇÕES — AMPOLAS COM 0,050 gr. E 0,100 gr.**

## INDICAÇÕES:

- a) **Quando houver aumento de metabolismo total:** Trabalhos pesados, delírio, psicose maniaco depressiva. Febre de longa duração. Tireotoxicose. Gestação. Períodos de crescimento. Moléstias infecciosas.
- b) **Nos comprometimentos da absorção:** diarreias, vômitos, fistulas intestinais, verminoses e protozooses.
- c) **Havendo excesso de excreção:** Grandes poliúrias do diabetes mellitus e insipidus.
- d) **Inapetência por falta de vitamina B-1:** Neurites alcoólicas plúmbicas, arsenicais, e tóxicas em geral. Como preventivo e curativo das diarreias de verão nas crianças. Durante o tratamento por sulfonamidas.



casos de atentados ao pudor — Dr. Rafael de Melo Alvarenga.

**Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição de S. Paulo**, sessão de 14 de julho de 1950, ordem do dia: 1) Estudos clínicos e terapêuticos — Drs. Arrigo Raia, José Fernandes Pontes e Antonio Ferreira Filho.

**Sociedade Médica São Lucas**, sessão de 12 de julho de 1950, ordem do dia: 1) Anomalia anatômica das duas mãos: polegar com três falanges e primeiro metacarpiano anormalmente longo. Interêsse médico legal — Dr. Antonio Miguel Leão Bruno; 2) Pneumatoze retroperitoneal — Dr. Cabello Campos; 3) III Curso Internacional de Organização e Administração Hospitalar — no Rio de Janeiro — Dr. Nogueira Martins.

— sessão de 26 de julho de 1950, ordem do dia: 1) Tumores

da mama no Sanatório São Lucas — Dr. Ernesto Affonso de Carvalho; 2) — Impressões da Cirurgia na Itália — Dr. Luiz Branco Ribeiro.

**Sociedade de Medicina e Cirurgia**, sessão de 18 de julho de 1950, ordem do dia: 1) Drs. Cassio Botura e Helio Lourenço de Oliveira — A prova dos eosinófilos (reação hematológica à adrenalina e ao ACTH) em propedêutica endocrina; 2) Prof. Antonio de Barros de Uihôa Cintra e drs. Atilio Zelante Flosi e Rolando Tenuto — Estudo de um caso de associação de adenoma paratireoideano e tumor hipofisário.

**Sociedade Paulista de Leprologia**, sessão de 10 de julho de 1950, ordem do dia: Dr. Roberto Farina — Deformidades do dorso do nariz. Correção com enxerto ósseo.

## IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

### Sumário dos últimos números

**Arquivos de Biologia**, XXXIV, 297, maio-junho de 1950. Dr. Klaus Neisser — A reação de Sulfanilamida e seus derivados com Bromo.

**Arquivos do Instituto Biológico**, vol. 19, 1949-1950. Rocha e Silva, M. — Autofarmacologia e venenos animais; Nobrega, P. e A. S. Reis — Preparação de vacina contra a boubá aviária com vírus de pombo purificado pela penicilina e cultivado na cavidade cório-alantóide de embrião de pinto; Speer Margarete — Observações relativas a biologia do "bicho mineiro das folhas do café", *perileucoptera coffeella* (Guérin-Meneville) (Lepidoptera-Buccolatricidae); Souza, D. e F. A. Machado — A ação defloculante de diversas substâncias sobre o arseniato de chumbo em suspensão na água; Fonseca, J. P. da — Experiências de combate químico a cupins sub-

terrâneos no horto florestal do Guarani; Guida V. O. — Identificação sorológica de leptospiros e pesquisa de anticorpos em ratos (*R. Norvegicus*) capturados na cidade de São Paulo; Bitancourt, A. A. e Anna E. Jenkins — Estudos sobre as cirrângias. I. — Dez novas espécies de elsinóceas descobertas no Brasil; Fonseca, J. P. da — Contribuição para o conhecimento dos membráceos neotrópicos (V); Silberschmidt, K. e A. C. Andrade — Anomalias no desenvolvimento e na produção de tomateiros, causadas por nutrição inadequada; Guida, V. O. — Estudos sobre leptospirose canina. IV. Pesquisas sobre os caracteres antígenicos de uma cepa isolada de cão; Carneiro, V. — Estudos sobre a doença de aujeszky no Brasil; Arruda S. C. e H. C. Arruda — Comportamento e produção da muda sã da variedade CO. 290, no

Estado de São Paulo; Guida, V. O. e J. Franco do Amaral — Técnica de conservação de fungos em areia esteril; Lepage, H. S. e O. Giannotti — Ensaio com inseticidas orgânicos modernos e seu efeito sobre as pragas do algodoeiro; Pereira, C. e M. P. de Castro — Revisão da subfamília "ptilonyssinae Castro, 1948" (Acarimesostigmata: rhinonyssidae Vitz.), com a descrição de alguma espécie novas; Hempel, Adolph — Estudo da alimentação natural de aves silvestres no Brasil; Araujo, R. L. — Contribuição para o conhecimento de "polybia punctata" Busson, 1908" (Hymenoptera: Vespidae); Pereira, C., M. J. Melo e M. P. de Castro — Reação tissular às larvas de "habronema muscae" (Carter) no decorrer de uma esponja experimental em cavalo; Amaral, S. Franco do — Ensaio de campo com hexaclorociclo — exano, dicloro-difenil-tricloroetano e tiosulfato de dietila paranitrofelina para controle dos insetos da planta do arroz; Lepage, H. S. e O. Giannotti — Atividade de alguns inseticidas modernos sobre a broca do café — "Hypothenemus hampei (Ferreira)"; Penha A. M. e M. D'Apice — Contribuição ao estudo da enterite infecciosa dos bezerros. II — Experiências de vacinação e mecanismo de transmissão da imunidade da vaca ao bezerro; Autori, M. — Contribuição para o conhecimento da saúva (*Atta spp.* — Hymenoptera: Formicidae). V — Número de formas aladas e redução dos saúveiros iniciais.

**Boletim de Higiene Mental**, VI, n.º 65, janeiro de 1950. Os males do espírito — Dr. Spartaco Vizoto; Nosso dever de pais — Dr. Edmundo Maia.

**Resenha Clínico-Científica**, XIX, n.º 6, junho de 1950. W. F. Libby — Fundamentos da química das radiações; J. A. de Mesquita Sampaio e Heinz Webber — Hipertireoidismo e parasitoses intestinais; Mario Coppo e Giuliano Gualandini — Sobre a síndrome de Melkersson e Rosenthal; Pietro Franceschini — A moléstia de Banti como manifestação de patologia vascular.

**Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, X, n.º 3, março de 1950. — O papel do curare na etiologia da atelectasia pulmonar pós-operatória — Drs. E. de Jesus Zerbini e Orlando Lodovici; Tuberculose diagnóstico bacteriológico — Dr. José de Toledo Mello.

**Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, X, n.º 4, abril de 1950. — Valor nutritivo de alguns óleos e castanhas — Prof. F. A. de Moura Campos; Tromboflebite da safena interna com formação de trombo gigante. Safenectomia sub-total — Dr. Sebastião Hermeto Junior.

**Revista Paulista de Medicina**, vol. 36, n.º 6, junho de 1950. — Compensação do cardíaco hospitalizado pelo esquema de Gold. Resultados preliminares em nosso meio — Drs. Ignacio L. Alves Corrêa, Bernardo Bedrikow, Clovis B. Vieira, Decio de Oliveira Penna e João Tranchesi; Tratamento da arúria pós-transfusional pela descapsulização renal — Drs. Darcy Vilela Itiberê, Osvaldo Mellone e Francisco Cerruti; Atresia congênita do esôfago. Considerações em torno de três casos — Drs. Auro A. Amorim e A. Ferreira de Camargo; Linfadenite mesentérica supurada — Drs. Ary do Carmo Russo e Delmont Bittencourt.

- CONTRA DORES -

# Troipel

- COMPRIMIDOS -

Homburg

# SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

CIRURGIA — GINECOLOGIA — OBSTETRICIA



DIRETOR

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

VICE-DIRETOR

DR. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER

---

RUA PIRAPITINGUI, 114

TELEFONES 3-4198 e 3-4199 — SÃO PAULO

## VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

### Universidade de São Paulo

**Novo reitor** — Por ato do governador do Estado, foi nomeado Reitor da Universidade de S. Paulo o professor Luciano Gualberto, catedrático de Urologia da Faculdade de Medicina. A escolha do estimado cirurgião para aquele importante cargo do nosso ensino superior, teve magnífica repercussão, tendo o professor Luciano Gualberto recebido os cumprimentos de seu grande círculo de amizades.

Dando posse ao novo reitor, falou inicialmente o sr. Sinesio Ro-

cha, secretário do Governo que enalteceu a personalidade do prof. Luciano Gualberto. A seguir, o prof. Anhaia Melo, que vinha respondendo pelo expediente da Reitoria, transmitiu o cargo ao novo titular.

Por fim, falou o prof. Luciano Gualberto, agradecendo ao governador a sua nomeação para o mais alto posto do ensino superior do Estado e manifestando a sua disposição de trabalhar em restrita colaboração com a administração do Estado.

### Colegio Internacional de Cirurgiões

**Bolsas de Estudos de Radiologia** — Por intermédio do Colegio Internacional de Cirurgiões, o "American Hospital" de Chicago ofereceu duas bolsas de estudo a médicos brasileiros especialistas em radiologia.

As inscrições terminaram no dia 30 de junho e no dia imediato reuniram-se os radiologistas professor Raphael de Barros e dr. José Maria Cabelo Campos na sede do Capítulo Brasileiro para o início do julgamento dos candidatos pelas aptidões na especialidade, tendo sido classificados os drs. Walter Bonfim Pontes, Fernando Chammass, Homero Scavone, Sabino Vieira de Freitas Junior e Luiz Pires Filho.

No dia 4 de julho a diretoria do Capítulo Brasileiro de posse desse parecer da comissão de radiologistas, decidiu obedecer a esse critério de classificação, porém, de acordo com os princípios do Co-

legio Internacional de Cirurgiões estabeleceu que as bolsas seriam distribuídas entre as Regionais, cujos candidatos fossem melhor classificados. Assim, coube a São Paulo uma bolsa na pessoa do dr. Walter Bonfim Pontes e à Regional do Brasil Central a 2.ª bolsa na pessoa do dr. Sabino Vieira de Freitas Junior, de Uberaba.

Os dois candidatos compareceram perante os diretores do Capítulo Brasileiro, para demonstração de suficiência em inglês condição precípua estabelecida para as bolsas, e perante os drs. J. Avelino Chaves e José A. Soares Batista. Ambos os candidatos realizaram satisfatoriamente as várias provas.

Ainda atendendo a solicitações da Secretaria Geral do Colegio, foram encaminhadas para Chicago as inscrições dos candidatos, que deverão iniciar o estudo no fim do corrente ano.

*Providencie para que, no quarto em que permanece algum doente, o ar seja renovado de modo contínuo e cauteloso. — SNES.*

## Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho

**Diplomas da Sociedade Argentina de Medicina Social** — Realizou-se no dia 3 de julho, uma sessão extraordinária da Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho, no salão nobre da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, destinada a receber o dr. Roberto E. Bogliano, secretário da Sociedade Argentina de Medicina Social que, por delegação do dr. Julio C. Loza Colomer, presidente da mesma Sociedade, fez pessoalmente a entrega dos diplomas honoríficos por esta concedidos a membros da Sociedade Paulista congenera.

Foram distinguidos com o título de socio honorario da entidade argentina o prof. dr. Francisco Borges Vieira, presidente da Sociedade, e com o título de socio

correspondente estrangeiro os srs. drs. Ariovaldo C. de Carvalho, L. E. Puech Leão, Odair P. Pedroso, M. de Paiva Ramos, C. A. do Espirito Santo, d. Lucia Jardim e d. Jocelina Guimarães, todos membros da atual diretoria da Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho. Agradecendo em nome dos homenageados, saudou o ilustre visitante argentino, o dr. M. de Paiva Ramos.

Em seguida foi projetado um filme sonoro sobre "Seleção profissional de operarios da industria", precedido de uma exploração sucinta sobre as atividades medico-sociais do SENAI, pelo professor Francisco de Paula Ferreira, diretor de Serviço Social, dessa instituição.

## Escola Paulista de Medicina

**Prof. Hans Selye** — Esteve em São Paulo, a convite da Escola Paulista de Medicina, o prof. Hans Selye, endocrinologista de renome universal, muito conhecido pelos seus trabalhos sobre a hipófise e a glandula suprarrenal. O prof. Selye é diretor do Instituto de Medicina e Cirurgia Experimentais da Universidade de Montreal no Canadá.

O prof. Selye fez em São Paulo quatro conferencias relacionadas com as doenças de adaptação e com a terapeutica pelo Acth e pela Cortisona. A primeira foi na Associação Paulista de Medicina, dia 8 de julho, em espanhol, sobre

o "Síndrome Geral de Adaptação". A 2.<sup>a</sup> conferencia, em francês, no dia 10 de julho, sobre as "Doenças de Adaptação", foi pronunciada no Anfiteatro da Escola Paulista de Medicina. A 3.<sup>a</sup> Conferencia, em inglês, foi proferida no Departamento de Química da Faculdade de Filosofia, no dia 10, à tarde, em reunião da Sociedade de Biologia de São Paulo, e versou sobre o "Rim Endócrino".

A ultima conferencia foi proferida em inglês, no Serviço de Nutrição do Hospital das Clínicas, sobre a "Terapeutica Hormonal do Reumatismo", no dia 11.

*Evite que seu filho se torne tímido ou indeciso, mostrando-lhe ânimo e firmeza diante dos lances desfavoráveis da vida.*  
— SNES.



## Organização e Administração Hospitalar

**Dr. Odair Pedroso** — O dr. Odair Pedroso, conhecido especialista em organização e administração hospitalar, que, continuando a obra do prof. Rezende Puech, tanto tem contribuído para elevar o padrão dos hospitais brasileiros, estende agora sua proficiente esfera de ação para além dos limites de nossa pátria. Recentemente, o dr. Odair Pedroso foi distinguido com o título de membro honorário da Associação "American Hospital Association", que pela primeira vez é conferido a um sul-americano. Além disso, convidado pelas Universidades de Columbia em Nova York, Johns-Hopkins em Baltimore, Yale em New Haven, Minesotta em Mintapolis e a de Chicago e Northevestren, ambas em Chicago, deverá dar aulas sobre suas especialidades, para o que está de viagem para os Estados Unidos.

Por outro lado, o dr. Odair Pedroso esteve em Montevideo, onde foi chamado pelo conselho da Faculdade de Medicina para lhe confiar a orientação, organização e instalação do Hospital das Clínicas da capital uruguaia, o maior monobloco hospitalar do Mundo.

Ao fazer o registro desses va-

rios honrosos convites feitos ao nosso ilustre patricio, devemos ressaltar o trabalho patriótico feito pelo dr. Odair Pedroso no Brasil. Foi organizador e orientador de mais de 60 hospitais brasileiros, mas consagrou-se no seu monumental trabalho organizador e primeiro superintendente do Hospital das Clínicas de São Paulo e como diretor e organizador da Santa Casa de Santos, que se constitui motivo de admiração de quantos aportam à nossa cidade marítima.

Atualmente, o dr. Odair Pedroso é o supervisor das obras da Santa Casa de São Paulo, cuja renovação e reorganização estão em rápido caminho, e orientador das obras do Pavilhão de Ortopedia do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. No setor cultural e de ensino patrio, o dr. Odair Pedroso foi consultor do serviço Nacional de Tuberculose e consultor da Divisão de Tuberculose do Estado de São Paulo, e se consagra como organizador e professor do Primeiro Curso Normal de Organização Hospitalar na Faculdade de Higiene da Universidade de São Paulo.

## Nerológio

**Prof. Ovidio Pires de Campos** — Faleceu no dia 4 de julho nesta Capital, repentinamente, pois pouco antes ainda se detivera, na Santa Casa de Misericórdia, em palestra com colegas e amigos, apresentando excelente saúde, o professor Ovidio Pires de Campos, figura das de maior relevo do mundo medico de São Paulo e um dos fundadores de "Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia".

O eminente paulista, aposentou-se, ha cerca de três anos, da cátedra que ocupava na Faculdade de Medicina da Universidade de São

Paulo. Apesar de aposentado, continuou a prestar à Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, valiosos serviços, seja na sua Clínica Medica, seja dirigindo uma de suas enfermarias, seja participando, como membro, de sua Mesa Administrativa, onde fazia sentir sua competencia e experiencia em numerosos assuntos submetidos ao seu parecer. Até o fim, pois, inspirou-se, no exercicio da medicina, no sentimento do dever e na piedade humana.

O que foi como medico, foi-o como professor, constituindo, para os

seus discipulos, um vivo exemplo do que pregava na cadeira. Colaborador espontaneo e prestimoso de Arnaldo Vieira de Carvalho, Ovidio Pires de Campos foi um dos homens que mais valiosos serviços prestaram à Faculdade de Medicina, criada por aquele inesquecível cientista patrio.

Já era Ovidio Pires de Campos vice-diretor da Faculdade quando, em virtude do inesperado falecimento de Arnaldo Vieira de Carvalho, teve de substituí-lo na direção dessa escola superior. Foi um período de lutas por que passou o estabelecimento, que vinha de perder seu fundador e orientador. Mas Ovidio Pires de Campos, por seu desejo, pouco permaneceu no cargo, dedicando-se unicamente à regencia de sua cadeira.

Formando-se, em 1905, pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, depois de haver cursado os primeiros anos na Escola da Bahia, o dr. Ovidio Pires de Campos, em vez de iniciar a clinica na cidade de Tatuí, onde nascera, fixou-se em Sorocaba, aí permanecendo durante quatro anos, frequentando assiduamente o seu hospital, onde prestou inestimáveis serviços.

Em seguida, abandonou a cidade industrial, vindo instalar-se nesta Capital. Mas não se satisfiz com os recursos de que São Paulo então dispunha para o aperfeiçoamento dos estudos, e, desejoso de aprimorar seus conhecimentos medicos em grandes centros de cultura, deixou-se enfim seduzir pelas entusiasticas cartas que lhe mandava constantemente Celestino Bourroul, seu velho amigo, de Montpellier. Partiu para o Velho Mundo, permanecendo muitos meses em Paris, em estudos e observações.

A regressar dessa proveitosa viagem, fixou-se definitivamente nesta Capital, abeirando-se da Santa Casa, onde também, passou a exercer suas atividades de acatado mestre e grande cirurgião.

Ocupou a presidência da Sociedade de Medicina e Cirurgia por dois períodos diferentes; presidente da Sociedade de Educação, em substituição ao saudoso professor

Oscar Freire; diretor-presidente, ha muitos anos, do Instituto "Arnaldo Vieira de Carvalho" (Instituto do Radium); ocupou a presidência da Cruz Vermelha Brasileira, Secção de São Paulo.

Entre muitos outros trabalhos, publicou o professor Ovidio Pires de Campos: "Um caso de meningite cerebro-espinhal epidemico" — "Avacina anti-tífica" — "Fisiopatologia da linguagem" — "Sobre um caso de tumor da fossa cerebral media" — Discurso proferido em sessão solene de 7-3-1918 da Sociedade de Medicina e Cirurgia — "O clima de Campos do Jordão" — "Úlcera da pequena curvatura do estomago" — "Oscar Freire de Carvalho" — "Medicina e medicos" — "Vinte anos de cadeira" — "Arnaldo Vieira de Carvalho" (discurso) — "Doenças novas" — "A velhice, suas causas patologicas e o arseio humano de mocidade" — "Miguel Couto" — "Eleocles de Alcantara Gomes" — "Diogo de Faria" (estudo biografico) — "Faculdade de Medicina de São Paulo" (apontamentos para a sua historia) — "Menotti Sainati".

Ao noticiar a sua morte, disse "O Estado de São Paulo": "Pertencente a uma das mais antigas familias paulistas Ovidio Pires de Campos possuia as melhores qualidades dos membros dos velhos troncos de que nasceu a nossa sociedade. Ao par de sua brilhante e fecunda inteligencia, refletida em sua invejavel carreira ostentava virtudes que lhe valeram o respeito de seus contemporaneos e a estima dos que tinham o privilegio de com ele privar. A discreção de atitudes aliava um carater retilineo, sem jaca, demonstrando nas menores ações, e sua invariavel lealdade como amigo lhe criou dedicções que permaneceram inalteraveis no decorrer dos anos. Em qualquer epoca, o desaparecimento de personalidade dessa envergadura abria na sociedade um vacuo bem difficil de preencher; em momentos, porém, como o que vivemos, de tanto desorientação social e politica, momento de verdadeira crise moral que ameaça as nossas mais caras

tradições, a morte de Ovidio Pires de Campos constitui perda realmente irreparável, pelo exemplo

que sua vida representava, de cidadão útil ao seu País e ao seu Estado”.

## ASSUNTOS DE ATUALIDADE

### Curso posgraduado para médicos

**Uma oportunidade para os novos** — O Hospital dos Servidores do Estado organizou um programa de cursos posgraduados pelo sistema de residência para médicos, nos moldes adotados nos grandes centros universitários de vários países.

O sistema consiste em oferecer aos médicos recém-formados a oportunidade de especializar-se, trabalhando como parte integrante do corpo clínico do Hospital, durante um período limitado.

O Hospital provê acomodações, alimentação, uniformes e gratificação mensal.

A residência obedece ao regime de tempo integral, podendo ser considerada com um curso prático, intensivo de especialização.

O sistema de residência para recém-formados oferece vantagens múltiplas ao Hospital e aos enfermos. O maior benefício, entretanto, é a oportunidade oferecida aos médicos recém-formados, de praticarem sob supervisão do especialistas de reconhecida competência, em serviços completamente montados e equipados.

O Hospital dos Servidores do Estado é considerado por alguns como uma das organizações hospitalares mais completas da América do Sul. Constitue, portanto, ambiente ideal para a formação profissional básica do jovem médico.

E' de lastimar que a capacidade do Hospital seja limitada a um número relativamente pequeno de médicos residentes, que são alojados em apartamentos confortáveis, em alta privativa.

Médicos formados há menos de três anos por Escola reconhecida, e doutorandos, podem candidatar-se aos lugares de residente. Fichas de inscrição foram distribuídas aos secretários das Faculdades de Medicina e Presidentes de Diretórios Acadêmicos do País. Os candidatos podem, também, dirigir-se diretamente à Secretaria do Centro de Estudos do Hospital dos Servidores do Estado, Rua Sacadura Cabral, 178 — Sala 1014 — Rio de Janeiro, Distrito Federal, no horário de 9 às 18 horas, diariamente, exceto aos sábados, cujo horário é de 9 às 14 horas. As inscrições encerram-se a 15 de outubro do corrente ano.

**DR. SYLVIO COSTA BOOCK**

**LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS**

**RUA BRAULIO GOMES, 25 - 4.º ANDAR — FONES: 4-7744 E 8-5445**

# NA HIPERTENSÃO ARTERIAL

E SUAS  
MANIFESTAÇÕES



## RUTINASE

INJETÁVEL e COMPRIMIDOS

**LABORATÓRIO PELOSI S. A.**  
PRODUTORES DE MEDICAMENTOS ÉTICOS DE EXCLUSIVA DIVULGAÇÃO MÉDICA

RUA CESARIO MOTA, 296-312 - FONES 4-7733 e 2-4117 - CAIXA POSTAL, 4798 - S. PAULO

## RUTINASE

Marca Registrada

O importantíssimo valor terapêutico da **Carbaminocolina** foi ressaltado especialmente como o mais eficaz agente hipotensor conhecido.

Sua poderosa ação sobre o organismo humano, relatada e comprovada por observações de autores absolutamente idênticos, descrita em publicações científicas, representam uma diminuta parte dos muitos ensaios realizados na Alemanha em período um pouco anterior à última guerra.

H. Kreitmom, H. Noll e W. Veiten, demonstraram que a ação da Carbaminocolina supera grandemente a da acetilcolina, tida até então como o mais eficiente derivado da colina, utilizado de preferência contra os mais variados estados patológicos, capitulados sob a denominação sintomática de hipertensão.

Age sobre a pressão sanguínea, peristaltismo e secreções das glândulas da conduta gastro-intestinal. Aumenta as contrações do útero gravídico e a secreção salivar.

Gowaert, Van Doren e Pansini, verificaram que baixa a pressão arterial, com a devida reserva para os casos em que existe alteração orgânica dos vasos capilares (v. valor terapêutico da Rutinase).

Eberhard Schulze e apologistas sistemática da Carbaminocolina no combate da retenção urinária, observada após as partos e nos pacientes submetidos a intervenções ginecológicas.

C. Stupperich confirma os bons resultados na quase totalidade das casos supra mencionados.

Quanto à Rutinase, Griffith, Lindauer, Couch e Shanno, demonstraram sua eficiência na fragilidade capilar, muito valiosa para prevenir seus graves acidentes.

As investigações realizadas por estes autores são numerosas e notórias e os efeitos benéficos obtidos, foram amplamente divulgados em publicações científicas, dando origem ao crescente emprego do medicamento.

A Rutinase não é acumulada no organismo e restabelece a normalidade da fragilidade capilar aumentada, sanando esta grave alteração orgânica.

Está provada a sua eficácia na hemorragia retiniana, que, como se sabe, é agravada pelo diabetes melitus e moléstias da hipófise.

### VALOR TERAPÊUTICO DA RUTINASE

Quando os vasos capilares perderam a faculdade de se contrair, o que representa uma grave alteração orgânica nos mesmos, a eficiência da Carbaminocolina poderá ser incerta, mas com a recente descoberta da ação terapêutica da Rutinase, que permite restabelecer a sua necessária elasticidade (em 85% dos casos, foi conseguido restaurar a fragilidade capilar à normal), a associação das duas medicações é logicamente indispensável, visando uma finalidade terapêutica completa, a que representa um tratamento clínico simples para um estado patológico grave e muito frequente, que se manifesta pela alta pressão arterial acompanhada de fragilidade capilar anormal.

Griffith, Lindauer e Shanno, em uma estatística de 1.600 casos de hipertensão, notaram em 300 pacientes aumento da mencionada fragilidade capilar.

A enorme e persistente eficácia da Carbaminocolina é resultante de sua inalterabilidade relativamente grande no organismo (apenas ligeiramente atacada pelo suco gástrico). Esta propriedade justifica sua ação hipotensiva, mesmo administrada por via bucal (Dautrebanne e Moréchal).

Quando houver necessidade de efeito hipotensivo mais intenso, será mais indicada a forma injetável ("RUTINASE, injetável"). A falta de pronta ação indicará alteração orgânica dos capilares; neste caso, deverá ser ministrada maior quantidade da Rutinase, recorrendo também à via oral utilizando em conjunto a Rutinase injetável e a Rutinase comprimidos, podendo em casos menos graves substituir esta última pelos simples comprimidos de Rutina (Comprimidos de Rutina "Pelosi").

A fim de assegurar maior eficiência e rapidez no tratamento pela Rutina, a administração do medicamento deve ser contínua e prolongada, ministrando também, ao mesmo tempo, adequadas doses de vitamina C, ou às vezes, mesmo ainda, Vitamina K.

## RUTINASE Injetável

### Dosagem por ampola :

Cloreto de Carbaminocolina puríssima...	0.0025
Rutina purif. ....	0.0040
Carbonato ac. de sódio .....	q. b.
Solução fisiológica isotônica ...	q. b. .... 2 cm <sup>3</sup>

Composição racional e original do Químico-Farmacêutico J. Pelosi, baseada em recentes estudos alemães e norte-americanos.

### Acondicionamento :

Caixas de 10 e 100 ampólas.

### Propriedades terapêuticas :

Hipotensor. - Anti-esposmódico arteriolar. - Excitante do para-simpático. - Depressor do simpático. - Ação antagonista da adrenalina.

### Indicações :

Hipertensão arterial e suas manifestações (pela ação hipotensora da Carbaminocolina), mesmo nos casos em que os vasos capilares tenham perdido parte de sua faculdade de se contrair (pela ação, embora lenta, da Rutina).

Atenia dos aparelhos digestivo e urinário, principalmente na retenção urinária após as operações cirúrgicas e partos.

Dores de cabeça provocadas por espasmos vasculares.

Preventivo e tratamento dos acidentes vasculares, resultantes da alta pressão sanguínea, com ou sem fragilidade capilar.

### Contra-indicações :

Constituem contra-indicações os pacientes portadores de miocardiite avançada, os de cardiopatia fortemente decompençada e naqueles casos em que se deve evitar uma queda brusca da pressão arterial.

Precauções especiais devem ser tomadas quando se tiver que empregar o medicamento em pacientes digitalizados, asmáticos, sujeitos ao choque, ou portadores de ulcera péptica avançada e angina pectoris.

Em qualquer tempo, a ação do medicamento pôde ser suprimida mediante o emprego de uma injeção de atropina.

### Dose :

Método ou toda o conteúdo de uma ampola (1 a 2 cm<sup>3</sup>) em injeções subcutâneas ou intramusculares; uma até três vezes ao dia, a critério do clínico.

As injeções são indolores e devem ser aplicadas longe das refeições.

Não deve ser utilizada a via endovenosa

## RUTINASE Comprimidos

### Dosagem por comprimido :

Cloreto de Carbaminocolina puriss...	0.002
Rutina purif. ....	0.020
Excipiente .....	q. b. p. 0.200

Composição racional e original do Químico-Farmacêutico J. Pelosi, baseada em recentes estudos alemães e norte-americanos.

### Acondicionamento :

Vidros de 50 comprimidos.

### Propriedades terapêuticas :

Hipotensor. - Anti-esposmódico arteriolar. - Excitante do para-simpático. - Depressor do simpático. - Preventivo e curativo das hemorragias cerebrais e retinianas.

### Indicações :

Hipertensão arterial, mesmo nos casos com alteração orgânica vascular.

Acidentes vasculares da hipertensão. Atenia dos aparelhos digestivo e urinário. Dores de cabeça provocadas por espasmos vasculares. Fragilidade capilar e suas consequências (hemorragias diversas, epoplexia sentil).

### Contra-indicações :

As mesmas da forma injetável

### Dose :

Melo a dois comprimidos, ingeridos com um pouco de água; até 3 vezes ao dia, a critério do clínico.



## CONGRESSOS MÉDICOS

### II Congresso Latino-Americano de Otorrinolaringologia

**Sua realização em São Paulo, em julho de 1951** — Realizar-se-ão em princípio de julho de 1951, nesta Capital, o II Congresso Latino-Americano de Otorrinolaringologia, e o III Congresso Brasileiro das mesmas especialidades.

Foram escolhidos os seguintes temas:

1.º) Assistência Médico-Social e Pedagógica aos Surdos-Mudos.

2.º) Anestesia em Otorrinolaringologia e Broncoesofagologia.

3.º) Tumores das cavidades nasais, paranasais, da cavidade bucal e da mandíbula.

Tema único para o Congresso Brasileiro: — Leishmaniose.

A Comissão Executiva dos referidos Congressos solicita aos especialistas brasileiros e interessados, que enviem seus trabalhos com a devida antecedência, afim de facilitar sua programação, à Secretaria Geral do Congresso:

Clinica de O. R. L. do Hospital das clínicas, São Paulo.

### III Curso Internacional de Organização e Administração de Hospitais

**Sua realização no Rio de Janeiro** — Acaba de ser dado, no Rio de Janeiro, um curso de organização e administração de hospitais, com o comparecimento de 235 alunos brasileiros e 28 de outros países, estando representados 28 países.

Promovido pela Repartição Sanitária Panamericana e pela Associação Interamericana de Hospitais e sob os auspícios do governo do Brasil, o curso teve a duração de duas semanas e foi realizado no auditorio de Ministério de Educação e Saúde.

De São Paulo, foram escolhidos vários professores: as sras. Edith M. Franckel e Ella Hansen-jager, que deram aulas sobre "o conceito moderno da Escola de Enfermagem" e "A organização e administração do Serviço de Enfermagem"; o prof. Ernesto de Souza Campos, da Faculdade de Medicina de S. Paulo, que deu a aula inaugural "História dos Hospitais"; o dr. Odair Pedroso, consultor de hospitais e assistente médico do Superintendente do Hospital das Clínicas, sobre: "Organiza-

ção e administração do Hospital da Santa Casa de Santos"; dra. Lourdes Freitas Carvalho, do Hospital das Clínicas, sobre "Organização de um serviço de arquivo médico", e dr. Raul Votta, chefe do Serviço de Farmácia da Santa Casa da Misericórdia de São Paulo, sobre "Formulário hospitalar".

O programa desenvolvido por notáveis professores dos muitos países representados, foi muito proveitoso para todos os participantes do curso. O horário das aulas visitas ou reuniões em seminário foi rigorosamente observado para a aquisição do certificado que os alunos receberam no fim do curso.

Os professores também receberam um diploma comemorativo.

Cumprasse assinalar que, pela primeira vez no Brasil foi usado, nas sessões, um aparelho transmissor que permite a cada aluno acompanhar a aula na sua própria língua: português, espanhol ou inglês.

Português, espanhol ou inglês foram as línguas usadas. Sem dúvida, este aparelho constitui a no-

ta curiosa do curso. Enquanto o professor pronunciava a aula, os alunos, munidos do aparelho, ouviam, simultaneamente, em linguas diferentes. Julgamos esse sistema

de grande eficiência num curso dessa ordem, porquanto o silêncio era absoluto e os alunos davam cem por cento de atenção para o professor.

## II Jornada Panamericana de Gastreenterologia

**Sua realização em São Paulo e Rio de Janeiro** — Instalou-se nesta capital, no dia 4 de julho a II Jornada Panamericana de Gastreenterologia, que se desenvolveu em São Paulo e no Rio de Janeiro, até o dia 29.

O conclave foi patrocinado pela Associação Interamericana de Gastreenterologia.

O tema debatido na II Jornada de Gastreenterologia foi o seguinte: "Patologia do intestino delgado, exclusive tumores e úlceras do duodeno", com a seguinte subdivisão: I — Fisiopatologia do intestino delgado; II — Enteropatias não específicas: a) Perturbações funcionais; b) Distúrbios de carência; c) Enterite regional. III — Enterite tuberculosa. IV — Radiologia do intestino delgado. V — Perturbações funcionais do intestino delgado nos gastrectomizados. VI — Perturbações funcionais após resecções do intestino delgado. VIII — Divertículos do intestino delgado.

**Programa das Sessões** — Foi o seguinte o programma das sessões em São Paulo:

Dia 24, das 8 às 10 horas. Televisão científica. Demonstrações operatórias transmitidas do Hospital das Clínicas para o edificio central da Faculdade de Medicina de São Paulo; às 10 horas, Sessão Solene de Abertura da Jornada (Teatro da Faculdade de Medicina, av. dr. Arnaldo); alocação inaugural do prof. C. Bonorino Udaondo, presidente da Associação Interamericana de Gastreenterologia; discurso do prof. Benedito Montenegro, presidente da II Jornada; discurso dos representantes das delegações estrangeiras; a seguir, visita ao Hospital das Clínicas; às

20 h. 30, 1.ª Sessão Plenária (na Faculdade de Medicina de São Paulo, anfiteatro C do edificio central) — "Fisiopatologia do Intestino Delgado" — Relatores: Henry Bockus (U. S. A.) e Damaso Gutierrez Arrese (Espanha); "Enteropatias não específicas" — Relatores J. Garlock (U. S. A.), A. da Silva Melo (Brasil) e Nino Marsial (Brasil).

Dia 25: às 10 horas, 2.ª Sessão Plenária (na Faculdade de Medicina de São Paulo, anfiteatro C do edificio central) — "Enteropatias não específicas" — Relatores: B. B. Crohn (U. S. A.), C. Jimenez Diaz (Espanha), Geraldo Siffert (Brasil), José Fernandes Pontes, Valter Bonfim Ponte, Dirceu Neves e Augusto E. Taunay (Brasil); às 10 h. 30, Comunicações (na Faculdade de Medicina de São Paulo, anfiteatro B do edificio central). — G. Martinez Prado (Uruguai); Importância da coprologia clínica no estudo do delgado; Mario I. Pantolini (Argentina): Digestão entérica da albumina do ovo nos normais, hipersecretores e hipossecretores gástricos; Lay Martin (U. S. A.): Demonstrações da hipomotilidade do intestino delgado em doentes que não apresentam lesões orgânicas intra-abdominais; João de Lorenzo e Trieste Smanio (Brasil): 1) Oclusão vascular mesentérica. 2) Ilete regional; Fernando Milanes, Pedro L. Blanco e Anibal C. Ramirez (Cuba): Estudos histopatológicos do jejuno, mediante biopsia cirúrgica, em um caso de sprue tropical; Manuel Garcia e Silvio Levi (Brasil): Contribuição da enteroquimografia no estudo funcional do intestino delgado; Nino Masiaj, Norberto Pegas, Homero Jobim e Henrique Oliveira (Brasil): Con-

tribuição ao estudo das enteropatia alérgicas; e Mario I. Pantolini (Argentina): Um novo teste para o estudo da alergia alimentar; às 1 horas — 3.a Sessão Plenária (na Faculdade de Medicina de São Paulo, anfiteatro S do edifício central) — “Radiologia do Intestino Delgado” — Relatores: Leandro Zubiaurre (Uruguay), Pedro Maissa (Argentina), Julio Carrero e Carlos Alberto Estapé (Uruguay) e A. Ferreira Filho (Brasil). As 21 h. — Comunicações (na Faculdade de Medicina de São Paulo, anfiteatro B do edifício central) — José M. Oviedo Bustos (Argentina): O íleo terminal e a válvula de Bauhin. Fisiopatologia, radiologia, quadro clínico; Silvio Levy (Brasil): Diagnóstico e tratamento das oclusões agudas do intestino delgado; Daher Cutait e José Fernandes Pontes (Brasil): Colização do íleo após colectomia total; Itazil Benício dos Santos (Brasil): Aspectos radiológicos do intestino delgado; Valter Bonfim e José Fernandes Pontes (Brasil): Cinerradiografia do intestino delgado — aspectos funcionais; Mario I. Pantolini (Argentina): Alterações da morfologia e do trânsito jejuno ileais na moléstia de Addison; Fernando Chammas (Brasil): Radiologia das obstruções do intestino delgado — bases diagnósticas; e José Fernandes Pontes, Valter Bonfim Pontes e Antonio Ferreira Filho (Brasil): Divertículos do intestino delgado.

Dia 26, às 2 h. 30, 4.<sup>a</sup> sessão Plenária (na Faculdade de Medicina de São Paulo, anfiteatro C do edifício central) — “Enterite Tuberculosa” — Relatores: C. Bonorino Udaondo, Norberto Staples, Calixto Nunez e Vitorio D’Alotto (Argentina); Jairo Ramos, Felício Cintra do Prado e Luis Carlos Fonseca (Brasil), Comunicações (na Faculdade de Medicina de São Paulo, anfiteatro B do edifício central) — Jorge de Castro Barbosa e Salvo Mendonça (Brasil): Jejunite ileite tuberculosa obstrutiva; Mario I. Pantolini (Argentina): Peritonite plástica tuberculo-

sa com estenose ileal; José Rodrigues da Silva e Helio Morais (Brasil): Achados radiológicos do intestino delgado em algumas afecções parasitárias e infecciosas do tubo digestivo; Mario I. Pantolini (Argentina): Síndrome Enterocorovariano; Mario I. Pantolini (Argentina): Alergia alimentar em gastrectomizados; e Jorge de Castro Barbosa (Brasil): Jejunite por tecido do pancreático heterotópico.

A Jornada prosseguiu seus trabalhos no Rio de Janeiro, com a 5.a sessão plenária, marcada para o dia 27, na Policlínica Geral do Rio de Janeiro, com a seguinte agenda: “Perturbações Funcionais do Intestino Delgado nos Gastrectomizados” — Relator: Cristóbal Pera (Espanha): “Perturbações Funcionais após Ressecções do Intestino Delgado” — Relatores: A. Ayala Gonzalez (México) e Eurico Bastos (Brasil).

Dia 28, às 20,30 h. — 6.a Sessão plenária (na Policlínica Geral de Rio de Janeiro) — “Oclusão do Intestino Delgado” — Relatores: Domingo Pratt (Uruguai) e Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo (Brasil). “Divertículos do Intestino Delgado” — Relatores: Alejandro Ceballos (Argentina) e Angel Centeno (Argentina). Comunicações — José Fernandes Pontes e Antonio Ferreira Filho (Brasil): Duodenite — estudo clínico e radiológico; Robert Scupault e Manuel Casal (Argentina): Enteroplasia Post-Traumática; Juan E. Candán Alfonzo (Uruguai): Conceitos fisiopatológicos fundamentais para a interpretação clínica e o tratamento do íleo do intestino delgado; Manuel A. Casal (Argentina): Enteroplasia segmentaria post-traumática; João Ribeiro Vilaça (Brasil): Divertículos duodenais; José Carlos Arianha (Brasil): Divertículos do Intestino delgado; Gideon de Oliveira (Brasil): Enfarte hemorrágico do intestino delgado (Trombose mesentérica); João Galizzi (Brasil): Divertículos duodenais.

Dia 29, às 9 horas — Reunião da Associação Interamericana de Gastrenterologia, na Policlínica

Geral do Rio de Janeiro. 12 horas — Almoço de encerramento, no Parque da Cidade.

### III Curso Cirúrgico de Patologia do Aparelho Digestivo

**Sua realização em Madrid** — Será iniciado no dia 2 de novembro de 1950 o III Curso Cirúrgico de Patologia do Aparelho Digestivo que será realizado nas Clínicas do Prof. Jimenez Dias e C. Gonzalez Bueno do Hospital Provincial de Madrid, também com a di-

reção do Dr. Mogen. Constará de lições teóricas, conferências extraordinárias, seminários clínicos, lições práticas de exploração radiológica, de endoscopia, de laboratório clínico e curso de técnica cirúrgica do aparelho digestivo.

### XXXIV Curso de Patologia Digestiva

**Sua realização em Barcelona** — Será realizado em Barcelona, no Hospital de La Santa Cruz y San Pablo, de 5 de outubro a 16 de dezembro do corrente ano, o XXXIV Curso de Patologia Digestiva. As suas aulas serão realizadas diariamente, com apresenta-

ção de doentes e praticas radiológicas, endoscópicas, de laboratório e demonstrações operatórias.

Para maiores informes dirigir-se à Administração do Hospital de La Santa Cruz y San Pablo — Barcelona.

### Decimo Quinto Curso de Aperfeiçoamento em Oftalmologia

**Bolsas de Estudo para os participantes** — A 3 de janeiro de 1951 será iniciado o Décimo Quinto Curso de Aperfeiçoamento em Oftalmologia, promovido pela Clínica Oftalmológica da Escola Paulista de Medicina.

Para este curso foram estabelecidas cinco Bolsas de Estudo oferecidas pelas firmas Vicente Amato Sobrinho e Schering. Estas bolsas serão distribuídas aos participantes do curso que fizerem suas inscrições em primeiro lugar, levando-se em consideração o carimbo do correio sobre a carta que trazer a remessa para pagamento da taxa do Curso que é de Cr\$ 500,00. As bolsas são de mil e quinhentos cruzeiros cada uma, e serão entregues no fim do curso desde que os participantes

tenham tomado parte ativa no mesmo, tanto na fase preliminar por correspondência, como na fase intensiva durante o mês de janeiro.

Afim de melhorar a eficiência do próximo curso, foi resolvido que os participantes fizessem suas inscrições até 15 de outubro, recebendo logo a seguir as instruções sobre os estudos que deverão fazer afim de responder aos questionários que lhes serão enviados e que deverão ser devolvido nas datas prefixadas. Os questionários serão mandados de volta aos interessados depois de corrigidos. Deste modo os participantes do curso durante os dois meses que o antecederem irão ficando mais familiarizados com as matérias a serem ministradas em janeiro.

Este curso é destinado à revisão sistemática dos conhecimentos básicos da especialidade para os que a ela já se dedicam ou ao aprendizado puro e simples dos mesmos para os que ainda não se iniciaram no estudo especializado da oculística. A frequência a esses cursos é reservada aos que tiverem permissão legal para exercer a medicina no país. O curso é de natureza intensiva.

Além das preleções e demonstrações da parte geral de revisão e sistematização que serão realizadas nas horas da manhã, das 8 às 12, poderão os que frequentarem o curso acompanhar à tarde o serviço clínico do Ambulatório de Doenças de Olhos da Escola Paulista de Medicina. À noite, haverá conferências sobre determinados temas escolhidos pelos próprios alunos e que serão focalizados mais detidamente.

A parte geral compreende preleções e demonstrações sobre as seguintes disciplinas: Ótica fisiológica, anatomia clínica, anatomia cirúrgica, anatomia e histologia patológica, fisiologia patológica, patologia das vias ópticas, oftalmologia, propedêutica, patologia da esclera, fisiologia, lâmpada e fenda, patologia da conjuntiva, patologia do aparelho lacrimal, tracoma, cirurgia, musculatura extrínseca, refratômetro de Green. As aulas de propedêutica serão práticas e ministradas individualmente com um docente para cada aluno. Haverá também demonstrações e exercícios cirúrgicos em phantome.

Para as conferências a serem realizadas à noite, sugerem-se os seguintes assuntos, dentre os quais poderão ser escolhidos os temas respectivos: Progressos da terapêutica ocular; Glaucoma, seu diagnóstico e indicação operatória; Estrabismo, seu tratamento médico e cirúrgico; Gonioscopia; Exame de fundo de olho na hipertensão arterial; Diagnóstico diferencial das retinites; Hipermetropia e presbiopia, suas manifestações clínicas; Anestesia em oftalmologia; Vidros de contacto e telelupas; Ambliopias tóxicas, conceito atual

sobre a etiopatogenia e tratamento; Preparo do doente para operações de catarata; Fotografia do fundo de olho, fotografia do segmento anterior, sua importância clínica; Diagnóstico diferencial das alterações da papila do nervo óptico; Tratamento das doenças oculares pela febre; Perturbações oculares de origem endócrina; Retinites hipertensivas, conceito atual e valor prognóstico; Manifestações oculares do diabetes e seu tratamento, conceito atual; O cilindro cruzado, instrumento capaz de medir pequenos defeitos de refração; Alergia e oftalmologia; Valor clínico das alterações do reflexo pupilar; Neuro-oftalmologia; Descolamento da retina, idéias atuais sobre o tratamento médico e cirúrgico; Oftalmologia e medicina legal; Diagnóstico e tratamento do tracoma à luz dos conhecimentos atuais; Infecções focais e oftalmologia; Arachnoidites optochiasmáticas; Perimetria e veites; Radioterapia em oftalmologia; Valor da terapêutica pelos enxertos de tecidos; Fibroplasia retrolental; Toxoflasmose; Campo visual com "Flicker Fusion".

Se os alunos assim o desejarem, poderão eles mesmos sugerir outros temas para as conferências.

Serão docentes do XV Curso de Aperfeiçoamento em Oftalmologia, os ser. Drs. Moacyr E. Alvaro, Arthur Amaral Filho, Francisco Amendola, Mendonça de Barros, Rubens Belfort, Adriano Bonanomi, Alcides Del Ciello, Armando Gallo, Pereira Gomes, Laertes Guimarães, Waldemar Niemeyer, Armando Novaes, José Carlos Pacheco, Durval Prado, Paula Santos Filho e Renato de Toledo.

O número de inscrições é necessariamente limitado. A ordem cronológica de inscrição será respeitada rigorosamente. A taxa de inscrição é de quinhentos cruzeiros. As inscrições poderão ser feitas pessoalmente ou por escrito para a Clínica Oftalmológica da Escola Paulista de Medicina, à rua Condessa São Joaquim, 288, São Paulo. Aos que frequentarem o Curso proveitosamente, será fornecido um certificado.



## LITERATURA MÉDICA

## Livros recebidos

**A short practice of Surgery** — Hamilton Bailey e R. J. McNeill Love, 5 volumes, H. K. Lewis e Co., Londres, 1948 e 1949.

Vem crescendo entre nós o interesse pelos livros ingleses de Medicina, tal a maneira simples e precisa com que são feitos os textos, de forma a torná-los de leitura agradável e útil. A coleção que acabamos de receber do Conselho Britânico do Rio de Janeiro, e que compreende os 5 volumes da "breve prática da cirurgia" é dessas que ganham conceito pelo serviço que prestam, forçando a sua procura a impressão de novas edições. A presente obra já alcançou 14 impressões, desde 1932, aparecendo agora como em 8.ª edição porque não foram consideradas edições novas as em que não se fizeram alterações sobre a impressão anterior. Não fora isso, bastava a indicação do nome dos autores para recomendar a obra, sendo digno de nota que Brailey é muito conceituado entre os nossos cirurgiões e o mesmo se daria com McNeill si os seus trabalhos tivessem tido, entre nós, a mesma larga divulgação dos do seu companhheiro.

Os volumes compreendem um total de 1050 páginas, com 1.198 ilustrações, muitas das quais a cores, em excelente impressão em papel glacé. A excelência do texto bem justifica o elevado número de edições feitas.

**Les Problèmes du Traitement des Ulcères Perfores Gastro-Duodénaux. La Gastrectomie D'urgence. Indications et résultats.** — J. Miaret e G. Edelmann, Masson e Cia. — Paris, 1949.

Num trabalho de 134 páginas os AA. estudando o problema da úl-

cera perfurada do estômago e duodeno, fazem uma versão completa do assunto baseando-se em suas experiências e apresentando estatísticas de vários outros autores.

Partindo do histórico sobre o tratamento da úlcera perfurada situam o problema na posição atual cuidando a seguir dos argumentos favoráveis e contrários à gastrectomia ou sutura da perfuração, para passarem ao aspecto anatômico, histológico e bacteriológico da úlcera perfurada.

Apresentando estatística de vários autores desenvolveram bastante capítulo sobre os resultados terapêuticos em função do tipo de intervenção praticada, do tempo de intervenção, da idade do doente, da sede e aspecto da perfuração e do estado peritoneal.

Dentro do capítulo referente aos resultados terapêuticos estudam em destaque as complicações e os resultados quer da sutura como da gastrectomia para poderem passar ao capítulo que trata da conduta a seguir na prática. Indicam sempre que possível a gastrectomia como o tratamento ideal da úlcera perfurada do estômago e duodeno ressaltando-se, como é lógico, determinadas situações que são bem estudadas pelos AA.

Completando o magnífico trabalho ainda temos um capítulo sobre problemas acessórios (Hemorragia e perfuração associadas a perfuração de úlceras pepticas em peritônio livres) e outro sobre a abstenção operatória.

Encerrando o volume está a bibliografia, que, como bem assinalam os AA. na introdução, trata-se das publicações escênicas sobre o assunto, afim de evitar fastidiosas pesquisas. — P.

**CLEOFERROL - via oral, nas anemias**

## Apreciações

**Tunnel Procedure in Treatment of Varicocele** — Since he proposed this method in 1936, Eurico Branco Ribeiro has used it in about 200 cases.

**Technic** — The classic incision for inguinal hernia operation is used. It starts from the pubic spine and ends about two fingerbreadths from the anterosuperior iliac spine. The superficial aspect of the external oblique aponeurosis is widely exposed, leaving the external ring of the inguinal canal uncovered. The spermatic cord is exteriorized from this ring to the vicinity of the testis, which is semiexteriorized by gentle traction on the cord while the assistant exerts pressure from below through the scrotum. The fibrous sheath of the cord is opened, and by blunt dissection the varicose veins are separated from the vas deferens and its artery; it should be remembered that the latter is not always visible. The vas deferens and its artery are left in the depth of operating field between the borders of the external orifice of the inguinal canal. The dilated veins are placed on the external oblique aponeurosis in the form of a loop, like a horse shoe with the concavity facing downward and inward, at such a height that the

upper pole of the testis is slightly below the pubic spine. The veins are fixed in this position by separate sutures which pick up the aponeurosis on both sides of the veins so as to form a tunnel for them.

The first suture is placed at the highest part of the loop, and the other sutures are inserted at appropriate intervals, with care to avoid impediment to the circulation in the veins. In obese subjects in whom the operative field is restricted, the external branch of the tunnel may be formed by fixing the aponeurosis to the subcutaneous cellular tissue in the vicinity of the crural arch, always by interrupted sutures. If necessary, the subcutaneous cellular tissue is united by a few sutures, and the wound is closed with clips. The sutures of the tunnel may be of n.º 0 or n.º 1 plain catgut, n.º 0 chromic catgut or cotton thread. Spinal anesthesia allows easy manipulation of the external oblique aponeurosis but closed or any other anesthesia provides enough relaxation of the fibers to permit construction of the tunnel.

(Publicado por Evarts A. Graham no Year Book of General Surgery, 1949, 626).

## Separatas e Folhetos Recebidos

**Die Beurteilung der Handschrift in der Psychiatrie** — Peter Wormser, Basel 1947.

**Proyecto de Carta Orgánica para la Facultad de Medicina de Lima** — Lima 1949.

**Vergleichende Analyse epidemiologischer Angaben bei Poliomyelitis und bei enteralen bakteriellen Infektionen** — Martin Zimmermann — Apollonia-Verlag Basel, 1948.

**A sala de recuperação para recém-operados** — Fernando Paulino e Maria Euza de Lavor — Separata da Revista Medicina Cirurgia Farmacia, 160, agosto 1949.

**Primitive malignant Geschwulste der Nasen-und Rachen-gegend** (Beitrag zur Frage de Meristom) — Max Ludin — Basel 1947.

**Cultivo e vivacidade do latobacillus acidophilus em presença de derivados sulfanilamidicos** — Alvaro Albuquerque.

**Aneurisma varicoso da veia pudenda externa, Pós-Flebite, simulando Hernia Crural** — dr. Gideon de Oliveira — Separata de Revista de Ginecologia e D'obstetricia, XLIII, n.º 4, tomo II, outubro 1949.

**Divertículo Duodenal** — Manuel Riveros M. e Quirino Codas Thompson — Boletín del Instituto de Clínica Quirúrgica, n.º 185 — Buenos Aires 1949.

**A newer concept of arthritis and the treatment of arthritic pain and deformity by sympathetic block at the sphenopalatine (nasal) ganglion and the use of the iron salt of the adenylic nucleotide** — "The dynamics of muscle tonus" — Simon L. Ruskin M. D. — The American Journal of Digestive Diseases, nov. 1949. Part IV

**Nutritional problems of adolescence** — Joseph A. Johnston, M. D. — The Journal of the American Medical Association, aug. 28, 1948, vol. 137, pp. 1587-1589.

**Die Laparotomien am Frauenspital Basel** — a/jnuar 1943-Jun 1945.

— Gertrud Schuepp. Basel 1946.  
**Ueber ein neues Antiscabiosum** — Ignaz von Roten — Raron (Wallis) 1947.

**A Medicina Brasileira em 1939** — Dr. Geraldo Siffert de Paula e Silva — Separata Brasil Medico, LIV, n.º 17, abril 1940, págs 301 a 312.

**Estudio espirografico de ataque del asma bronquial** — 2.º indices respiratórios — dr. Leopoldo Herreaz Ballester. "La Prensa Médica Argentina XXXVI, 10 agosto 1949, n.º 33.

**Electron microscopy of sickle cells** — J. W. Rebeck, H. L. Woods e E. A. Monaghan — Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine, 1948, 68, 220-222.

**The Dynamics of Muscle Tonus and Its Relationship to Circulatory Failure** — pat III — Simon L. Ruskin, M. D. The American Journal of Digestive Diseases, vol. 15, n.º 8, august 1948, pp. 261-271.



**DIVERMIL**

COMBATE TODAS AS VERMINOSES, SEM PERIGO

QUENOPÓDIO ATÓXICO  
POR ADSORÇÃO

ADULTOS: 12 CAPSULAS  
CRIANÇAS: 1 CAPSULA  
PARA CADA ANO DE IDADE

LABORATÓRIO GROSS - RIO DE JANEIRO

*Laboratórios Novotherápica S.A.*  
**SEÇÃO ORTOPÉDICA**



**APARELHOS E CALÇADOS ORTOPÉDICOS**  
**APARELHAGEM TRAUMATOLÓGICA E DE FISIOTERAPIA**

Oficinas aptas a executar quaisquer pedidos do ramo.

Máquinas importadas diretamente da Europa.

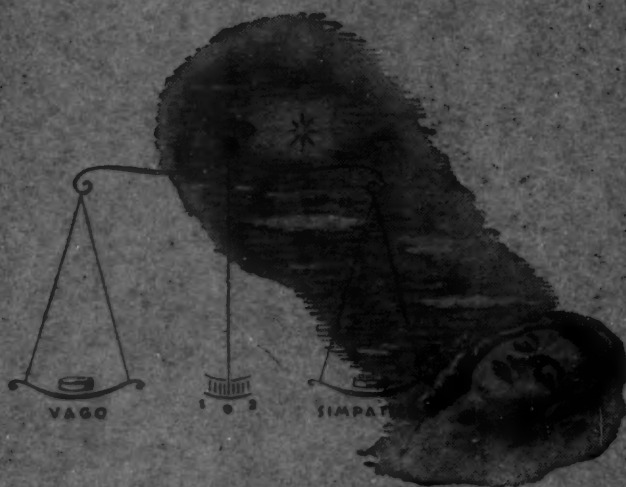
Técnicos especializados nas oficinas do Instituto Ortopédico Rizzoli.

AV. BRIS. LUIZ ANTONIO, 324 - SÃO PAULO - FONE, 3-2633 - CX. POSTAL, 334

# DISTONEX



para o



Equilíbrio vago-simpático



**LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.**

Rua Teófilo, 378 - Telefone, 6-4572 - São Paulo